1930/31 г. Год издания 5 (IX-X)

Том V.

ӨZBEKISTAN HƏM TӨRKMƏNISTANNЬҢ

tibbii fikri.

МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ

УЗБЕКИСТАНА и ТУРКМЕНИСТАНА

(об'единившийся с Ср.-Азиатским Медицинским журналом)

Журнал субтропической, лечебной и профилактической медицины.

Редакционная коллегия:

Д-р П. Т. Приданников, д-р И. В. Венценосцев проф. А. Д. Грехов, проф. А. Н. Крюков, проф. П. П. Ситковский, проф. М. И. Слоним.

Цена 1 руб.

№ 1

Октябрь 1930 г.

Издание Наркомздрава Узбекистана, Наркомздрава Туркменистана и Средне-Азиатского Научного Медицинского Общества при САГУ.

Année 1930 1931 № 1 Octobre 1930

JOURNAL MENSUEL
«PENSÉE MÉDICALE D'USBÉQUISTANE ET DE TURQUMÉNISTANE»

L'adresse de la rédaction: Tachkent, rue Kaffanoff, 81. L'institut sanitaire et bactériologique d'Usbéquistane.

Tableau des matières.

Pages.

I. Articles originaux.

Orlow I. I.—Les opérations de retablisement sur les voies biliaires. 1
Newjadomsky M. M.—De la cause déterminante du cancer 18
Chipiline S. P.—La physiothérapie de l'asthme bronchiale 22
Wolkow S. P. et *Cipes A. G.*—Sur le traitement de l'épilepsie . . 29
Narigny A. W.—Un cas de percement de la cloison uréthrovaginale par un corps étranger de la vessie 31
Bajdikow I.—Sur l'estimation des facteurs metéorologiques du traitement solaire à Tachkent 37
Badanine N. W.—Sur la faune helminthologique du sanglier aux environs du lac Balkhach 49
Latychew N. I et *Troitzky N. W.*—Essai d'application du chlorpicrine pour combattre l'ornithodorus papillipes, le transporteur du typhus recurrens 55
Guéorguiehvsky A. W. et *Zemljanowa M. G.*—Sur l'épidémiologie et la prophylaxie de la scarlatine 1. Les vaccinations antiscarlatineuses á Tachkent (1928-29) 59
Moursine A. N.—Le total du recensement des aveugles de la ville de Tachkent 66
Listengarten A. M. et *Filatow A. S.*—Sur la syphilis professionelle des nourrices 75
Zinxel M.—Sur les consultations pour les enseintes 82

Cas pratigues

Tokarj N. N,—Un cas de pierre dans la glande sousmaxilliére gauche. 88
Troitzky N. W.—A la casuistique du typhus recurrens, transportépar les mites 92
Averbuch E. S.—Sur l'étiologie et la pathogénèse de la maladie de Recklinghausen 96
II. Critiques, analyses 98
III. Sociétés et assemblées scientifiques 100
IV. Chronique 103
V. Résumés en langues étrangéres 113

МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ УЗБЕКИСТАНА и ТУРКМЕНИСТАНА
ТОМ V.
Год издания V(IX—X). 1930-31 год. № 1

I. Самостоятельные статьи.

Восстановительные операции на желчных путях*).

Д-р. И. И. Орлов.

(Гл. Вр. Ташкентской рабоч. хирургич. больницы).

Темой моей работы является та область желчной хирургии, о которой проф. Н. П. Петров на XV с'езде российских хирургов выразился так: „Что касается возможности отвести желчь, если убран по ошибке пузырь, то такая возможность мне известна; можно сделать hepato-cholangio-enterostomi'ю, можно сделать и choledocho-duodenostomi'ю, однако, все эти способы трудны, и я никому не пожелаю очутиться в необходимости их применять".

Но, к сожалению, для восстановления тока желчи из желчных путей в желудочно-кишечный тракт иногда хирурги вынуждены к ним прибегать. Поводом тому может быть или рубцовое сужение желчного протока на почве предшествовавших воспалительных процессов (Starr Judd), или хронический индуративный панкреатит, или опухоль в области дистальной части желчного протока, или papilla Vateri, тогда, когда уже удален ранее желчный пузырь, или тогда, когда пузырь имеется, но облитерирован пузырный проток. Хотя и соединение желчного пузыря с желудком или двенадцатиперстной кишкой представляет собой также один из видов восстановительных операций на желчных путях, но эта операция технически является простой, она является операцией повседневной, поэтому на ней останавливаться много не буду, укажу лишь, что в случаях подозрительных, неясных в этиологии желтух нужно беречь желчный пузырь и удалять его лишь тогда, когда убедились в проходимости желчных ходов.

В трех случаях хронического панкреатита, леченных мной холедохотомией с Кэровским дренажем, у всех оставлен нетронутым желчный пузырь для возможной в будущем холецистогастростомии. Упомяну также, что мне пришлось дважды наложить холецистогастростомию: одному больному по поводу хронического панкреатита с явлениями годами длящейся желтухи; у больного быстро наступил рецидив, повидимому, вследствие сужения анастомоза. Больной от повторной операции отказался и погиб чечез три года от общего истощения.

Второй случай касался одной больной женщины—70 лет, у которой мной был диагносцирован рак поджелудочной железы; ей произведена холецистогастростомия с хорошим функциональным результатом.

Кроме указанных мной поводов для восстановительных операций, могут быть и другие поводы, из которых нужно назвать травматические повреждения желчных путей, и из них наиболее частые поврежде-

*) Доложено 17/IV—1930 в Хир. секции САМНО.

ния, происшедшие во время операции на желчных путях или вследствие технической погрешности или по другим причинам.

Также могут служить поводом для холецистогастростомии незаживающие желчные свищи, вследствие перегиба протоков.

Ранения желчных путей во время операции могут зависеть от недостаточного обнажения операционного поля (Douglas), от чрезмерной тракции пузырного протока, захватывания вслепую кровеостанавливающим пинцетом кровоточащего сосуда. По мере развития хирургической техники такие повреждения, к счастью, становятся редкими.

Но, к сожалению, несмотря на все принимаемые профилактические мероприятия, избежать их совершенно невозможно. Они имеют место даже в руках таких корифеев желчной хирургии, каким является Мауо. Так (цитирую по В. К. Финкельштейну), у Кэра повреждений было 1% случаев, у Бальфура и Росса 1%, у Маттьюса 1,75%, у Мезенака 1,5%, у самого Финкельштейна 1,6%, лично у меня на 175 операций на желчных путях повреждение было один раз, т.-е., 0,7%.

Эти ранения происходят или в случаях, когда приходится оперировать в чрезвычайно тяжелых условиях, связанных с резкими воспалительными явлениями, со сращениями, а еще чаще с анатомическими аномалиями в желчных путях, при чем последнее может быть в сочетании с первым.

Аномалии могут касаться как сосудистой системы, так, в особенности, желчных путей. Кроме указанных проф. Федоровым в его курсе о желчных камнях из встречающихся аномалий желчных путей: 1) случаи парных желчных и пузырных протоков; 2) случаи добавочных печеночных протоков, открывающихся в пузырный проток или в желчный пузырь, или слепо кончающихся у пузыря; 3) случаи, когда имеется вместо двух печеночных протоков три; 4) случаи соединения желчного и печеночного протока под прямым углом, я могу еще указать на аномалии, которые также могут встретиться и которые могут послужить причиной рокового повреждения желчных путей.

Так, Giulani описал случай, в котором совсем не было желчного пузыря, а вместо слияния печеночных протоков с желчным было расширение желчных путей, и в этом расширении лежал камень. Больной погиб. Далее Feist описал случай с очень коротким пузырным протоком, впадающим в область слияния печеночных протоков с желчным. При операции был поврежден желчный проток, в котором образовался дефект в 4 ст. Судьба больной следующая: концы перерезанного желчного протока соединены на le drain perdu, как называют французы, или по способу Wilms'a, как его именуют немцы. Через год хорошее состояние. Случаи с коротким пузырным протоком нередки. Такой случай был и у меня. Больная Г. 32 лет оперирована 12/VI—1926 года по поводу желчно-каменной болезни. Пузырный проток был настолько короток, что мне едва удалось наложить на него лигатуру. В то время я еще увлекался глухим швом после желчных операций. Видя ненадежность наложенной на пузырный проток лигатуры, я вставил дренаж. Через два дня появилось желчеотделение из раны, продолжавшееся около семи дней.

Больная выписалась в здоровом состоянии. Подобных случаев было еще два, где мне не удавалось наложить лигатуру на пузырный проток, и в обоих этих случаях я делал холедохотомию с Кэровским дренажем. Оба больные прошли с благополучным исходом.

Параллельное расположение печеночного протока с пузырным по Ruge определяется от 27 до 30%. Здесь также возможно ранение печеночного протока, но которое легко избежать при правильно проводимой технике, т.-е., при совершенной изоляции пузырного протока, а в случаях с большими сращениями нужно производить вылущение пузыря не с шейки его, а со дна, в крайних случаях прибегая к выжиганию слизистой шейки пузыря и оставляя его наружные стенки нетронутыми (Pribram). Спиральный ход пузырного протока по Ruge встречается в 37%. Здесь, повидимому, процент является преувеличенным, зависящим от того, что нужно понимать под спиральным ходом. Всякое соединение пузырного протока с основными, лежащее левее его нормального соединения, может считаться спиральным, это действительно бывает частым, но в большинстве случаев имеет малое практическое значение. У проф. Федорова на 72 случая отмечен 3 раза спиральный ход пузырного протока.

На моем материале в 175 сл. настоящий спиральный ход был один раз, когда пузырный проток обогнул спереди печеночный проток, подошел к его задней стенке и там с ним соединился. Дело касалось б-ной Б., оперированной 22/X—27 года по поводу желчно-каменной болезни. При операции по отделении спаек оказалось, что печеночный проток расположен параллельно пузырному протоку, затем последний спирально окружает печеночный проток и впадает в него сзади. Сзади обоих протоков и рядом с ними проходит art. hepatica dextra.

Во время замеченная аномалия дала возможность благополучно закончить операцию, и больная пользуется завидным здоровьем и до сих пор.

Интересный случай аномалии пришлось наблюдать Белласу. В его случае не было совершенно пузырного протока. Печеночный проток впадал в шейку желчного пузыря, а желчный проток выходил из пузыря вместе отхождения пузырного протока. Подобная аномалия встретилась и у меня, но с некоторыми отличиями, о которых речь будет ниже, при описании собственных случаев. Беллас заметил аномалию и использовал шейку пузыря, как пластический материал для соединения печеночного с желчным протоком.

Аномалии сосудов играют в повреждении желчных путей ту роль, что сосуды могут быть случайно повреждены и в целях гемостаза они могут быть захвачены вместе с одним из желчных протоков, таким образом последний может быть поврежден. Перечисление сосудистых аномалий с исчерпывающей полнотой изложено проф. Федоровым в его книге о желчных камнях, поэтому, казалось бы, повторение его будет излишним, но для полноты картины разрешаю себе процитировать несколько строк из статьи пр. Финкельштейна об аномалиях сосудов.

Исследования Эйзендрата, Фишельзона показали, что только в 70% правая печеночная артерия идет позади печеночного протока, в 12%—впереди, в 10%—параллельно пузырному протоку, в 8% спирально вокруг печеночного протока.

Ar. gastro-duodenalis может пересекать желчный проток, а art. cystica может отходить от art. gastro-duodenalis.

Эндерлен считает особенно важными две аномалии—пересечение желчного протока art. gastro-duodenalis и прохождение печеночной артерии вблизи пузырного протока. Ранение правой печеночной артерии при перевязке пузырного протока, плохо изолированного, требует обязательного сосудистого шва, в противном случае лигатура печеноч-

ной артерии почти всегда грозит смертью больного, и все больные, умирающие после операции на желчных путях без видимой причины, с неопределенным диагнозом слабости сердечной деятельности и т. п., при аутопсии оказываются погибшими от атрофии печени, на почве перерезки печеночной артерии, как конечной.

Наличие указанных аномалий, в связи еще с возможностью других осложнений, в виде холемических кровотечений, и делает желчную хирургию одной из самых трудных. Глубоко прав проф. Федоров, говоря: „Если Вы сделаете двадцать желчных операций с удачным исходом, не самообольщайтесь в достаточном усвоении этих операций, ибо на двадцать первом случае Вас может ждать неприятность". Вот почему до сих пор, несмотря на громадную литературу, интерес к желчной хирургии нисколько не увядает.

Я уже сказал, что ни один из хирургов не гарантирован от возможности повреждений желчных путей, почему он и должен быть всегда готовым к умению их исправлять, и в этих целях избрать способ, который наиболее показан в данном случае.

Представим себе, что мы имеем тот или другой дефект в желчных путях, произведенный или случайно, или вынужденно, в связи с той или иной патологической картиной (рубцовая стриктура или опухоль). Когда этот дефект занимает значительное протяжение, тогда возникает мысль о пластическом замещении дефекта. Для этого существует много предложений экспериментального характера.

Укажу на удачные опыты в этом направлении Башкирова, произведенные им на собаках. Сущность одних опытов заключается в образовании лоскута из всей стенки двенадцатиперстной кишки. Лоскут заворачивается в трубку, один конец которой сшивается с желчным протоком, а другой остается связанным с кишкой. Другое его предложение сводится к образованию канала эпителием внутрь из лоскута кожи. По типу свободной пластики один конец вшивается на дренажной трубке с желчным протоком, а другой с отверстием в кишке на той же дренажной трубке. Предложение Кэра аналогично с первым предложением Башкирова, но лоскут из кишки берется только серозно-мышечный. Наиболее простое технически, хотя подобное им, имеется предложение Th. Naegeli, заключающееся в выкраивании из всех стенок желудка лоскута на большой кривизне его, начиная от привратника длиной в 10 см., образовании из него трубки, один конец которой соединяется с желчными путями, а другой остается внедренным в желудок путем тех швов, которые закрывают отверстие в желудке на месте взятого лоскута. Все эти опыты имеют пока только чисто теоретический интерес, так как на живом человеке они не применялись.

Свободные трансплантаты различных тканей и органов, как сосудистая стенка, аппендикс, фасции и др., повидимому, обречены на неудачу. Для иллюстрации сказанного могу привести опыты Muzeneck'a, проведенные им на 53 собаках. Опыты он производил с трансплантатом из вен, при чем в одних случаях вставлял в вену резиновую трубку, а в остальных случаях просто окутывал трансплантированную вену сальником.

Из первой серии опытов собаки выжили, но у всех, кроме одной, получился стеноз в области трансплантата. Настоящей эпителизации нигде не произошло. Операции без резиновой трубки все неудачны.

До Muzeneck'a те же опыты производил Horsley, в числе 16. У него все собаки и без трубки погибли от перитонита.

Из указанных опытов можно сделать некоторые выводы, что в случаях с вставлением трубки в восстановлении проходимости играет роль не трансплантат, а трубка, как это имеет место в способе Wilms'a. Во всяком случае опыты с трансплантацией должны продолжаться.

Пластические операции с лоскутами, взятыми из тканей желчных путей, нередко испытаны на человеке с хорошими результатами, посему они в подходящих случаях должны быть использованы. Я уже упоминал, что Беллас использовал в пластических целях стенку шейки желчного пузыря.

Мауо в случаях одновременной перерезки пузырного и печеночного протоков пользуется остатками пузырного протока, как пластическим материалом, соединяя печеночный проток с пузырным по тому же принципу, как это делается при шве отрезков мочеточников на их протяжении, т.-е., накладывая швы таким образом, чтобы печеночный проток оказался внедренным, тонеллизированным, как говорят, в пузырный проток, затем швы окутываются лоскутом из сальника.

Восстановительные операции на желчных путях могут быть: 1) первоначальной задачей хирурга, как это бывает или при стриктурах желчных путей, неудалимых или удалимых опухолях желчных путей с повреждением последних, 2) вынужденной задачей хирурга или при случайном повреждении желчных путей, или тогда, когда остается желчный свищ полный или неполный, не имеющий склонности к заживлению.

Принципы восстановительных операций само собой остаются одними и теми же в обоих случаях, но при производстве операций могут быть некоторые отличия, о которых я буду говорить тогда, когда будет речь о способах закрытия желчных свищей. Теперь же я коснусь тех общих операций, которые применяются в том или другом положении.

Стриктуры могут быть на всем протяжении желчных путей, но чаще всего они бывают или в области слияния печеночного протока с желчным, или в области papilla Vateri. Этиология стриктур является различной. Она может быть связана с предшествующими операциями; в редких случаях и Кэровский дренаж и le drain perdu могут играть в образовании их некоторую роль, но чаще всего причиной стриктур являются часто повторяющиеся приступы ангиохолита. Дуглас обратил внимание, что иногда после простой холецистектомии без холедохотомии через полгода или более у больного появляется картина стриктуры желчного протока. Дуглас и высказал мысль, что не холецистектомия здесь играет роль, а ангиохолит, который в своей конечной стадии дал рубцовое сужение желчного протока.

Какова бы ни была этиология этих стриктур, рассмотрим, что можно сделать при наличии стриктуры в конечной части желчного протока вблизи или в области papillae Vateri.

Здесь, само собой разумеется, могут быть применены все виды операций соединений супрадуоденальной части желчных протоков с кишечным трактом, но здесь может быть применен и другой способ, наиболее физиологичный, приближающий отток желчи к нормальным условиям.

Это способ Moszkowicz'a. Техника этой операции аналогична с choledocho-duodenostomia transduodenalis Kocher'a. Типично этот способ применяется или при камнях, лежащих в дистальной части желч-

ного протока, когда он не может выйти вследствие своей величины даже после насечек слизистой папиллы, или же при наличии опухоли в области папиллы.

Операция производится следующим образом: после предварительной мобилизации двенадцатиперстной кишки и разреза на передней стенке ее, рассекают продольным разрезом над камнем заднюю стенку двенадцатиперстной кишки и стенку ампулярной части протока. После удаления камня или опухоли слизистую желчного протока соединяют с слизистой кишки, убеждаются в проходимости проксимальной части протока и зашивают переднюю стенку кишки. Операция восстанавливает нормальные отношения, за исключением уничтожения работы m. Oddi.

К этой операции обычно присоединяют супрадуоденальную холедохотомию с Кэровским дренажем. Операция технически не должна представлять особых затруднений, и она выполнялась многое количество раз.

Moszkowicz модифицировал эту операцию только в целях определения опознавательного пункта, где рассекать заднюю стенку кишки. При холелитиазе опознавательным пунктом является камень, при новообразовании—опухоль, при стриктуре же очень затруднительным является вопрос, где найти папиллу. Для этого он предложил проводить тонкий корнцанг или металлический зонд через супродуоденальную холедохотомию по направлению к кишке и этими инструментами выпячивать заднюю стенку двенадцатиперстной кишки. Рассечение кишки производится над этим выпячиванием. Дальнейшая техника операции остается без изменений. Moszkowicz с успехом произвел эту операцию и предложил ее также при некоторых формах перемежающихся желтух.

Смертность при этих операциях, по крайней мере, при извлечении камней, достигает по материалу Кэра до 14%.

При стриктурах желчных путей, лежащих выше двенадцатиперстной кишки, самым простым способом является операция по типу Heineke-Mikulicz, как она делается при пилоропластике, т.-е., делается продольный разрез стриктуры, а затем отверстие зашивается поперек. Операция дает нередко хороший результат, так по статистике Walters'а отмечены три случая, где больные все выздоровели, но у них по временам бывает легкая желтуха, озноб и боли. Проф. Финкельштейн также произвел с успехом такую операцию после предшествующей неудачной фистулогастростомии. К сожалению, этот способ может найти очень редкое применение, ибо для его выполнения необходимо иметь весьма ограниченную в размерах стриктуру, что бывает чрезвычайно редко.

Шов конец в конец отрезков желчных путей—идеальная операция. Она применима в момент, следующий непосредственно за перерезкой протока, или при резекции стриктуры небольшого размера. К сожалению, и эта операция требует для своего выполнения возможности легкого контакта, без натяжения отрезков желчных путей. Само собой разумеется, операция будет более благоприятной при свежем ранении протока, чем при резекции стриктуры. Результаты после резекции протока при стриктурах и при швах конец в конец можно видеть из следующих примеров. Так, Starr Judd из клиники Мауо описал три таких случая с последующим результатом: один больной умер через 14 лет, другой жив $4^1/_2$ года и здоров, у третьего произошел рецидив через 9 лет.

Для лучшей проводимости и облегчения в технике применяют способ протезирования на уретральном катетре по типу Wilms'a, а на нем соединяют концы отрезков.

Способ Wilms'a заключается в введении уретрального зонда, обычно № 17—20, в оба отрезка протока. Если имеют намерение дренаж извлечь, то его фиксируют ниткой, проводимой через рану, за которую можно и вытянуть катетр, что обычно делают дней через 12—15, но можно поступить и по другому, оставив дренаж и не заботясь об его дальнейшей судьбе; получается то, что французы называют le drain perdu. Обычно этот дренаж выходит сам через прямую кишку дней через 15, но далеко не всегда, иногда он задерживается месяцами и годами. Так, у Graff'a дренаж пробыл на месте около 10 лет, и случай закончился абсцессом печени. При слишком раннем выхождении катетра, он не выполнит своей функции протезирования, при слишком же долгой задержке он представляет некоторую опасность, как инородное тело, поэтому за последнее время стали поступать предложения о замене резинового катетра трубкой из рассасывающегося материала.

В клинике Мауо до 1925 г. было так поступлено два раза с следующими результатами; у одного больного рецидив через 2 месяца, излечен затем гепатикодуоденостомией; у второго больного рецидив через 5 лет, относительное затем выздоровление после гепатикодуоденостомии,—относительное, так как у больного по временам появлялась желтуха и колики.

Из русских авторов описали один случай с удачным исходом проф. Вишневский, один случай—Торкачева из клин. проф. Оппеля и один случай Добротворский. Торкачева собрала сборную статистику в 35 случаев из мировой литературы.

Сшивание конца в конец не всегда возможно, а именно, оно допускает швы при дефекте в 2—3 см.; при мобилизации двенадцатиперстной кишки соединение возможно при несколько большем дефекте протока. При желании восстановить нормальные условия оттока желчи много надежд возлагалось на указанное протезирование резиновой трубкой или трубкой из рассасывающегося материала.

В основу успешности этих операций ставились большие регенеративные способности эпителия желчных путей, но данные опыта стоят в противоречии с этой предпосылкой. Так, Seulberger и Pollwein только у одной из четырех собак получили проходимость желчного канала, резецированного и протезированного на уретральном катетре, при чем эпителизации все же не произошло. Опыт их и подобные других указывают, что получаемая проходимость желчных путей на клиническом материале обязана не особой регенеративной способности эпителия желчных путей, а просто подтягиванию дистального отрезка вместе с двенадцатиперстной кишкой к проксимальному. Расширение желчного протока и желчных ходов, наблюдаемые при этих операциях, является доказательством образующейся стриктуры на месте соединения отрезков. Другой способ протезирования, так называемый способ Doyen'a, имеет целью и протезирование, и дренирование по типу Кэра. Он состоит в соединении отрезков протока на Т образном Кэровском дренаже. Одна из горизонтальных браншей вставляется в проксимальный, а другая в дистальный отрезок, вертикальная ветвь выводится через рану. Если возможно, задние стенки отрезков притягива-

ются швами одна к другой. Дренаж вынимается в различные сроки у различных авторов — до 15 от 42 дней.

Результаты протезирования по способу Doyen'a не особенно удовлетворительны, что можно видеть из материала той же клиники.

Из шести случаев реконструкции канала на Кэровской трубке, после резекции стриктур—два остались без улучшения, один умер через 4 месяца, 1 умер через 21 месяц, у одного больного был рецидив через 5 месяцев, ему снова сделана резекция стриктуры и сделан шов конец в конец, после чего он еще через 4 года был здоров. У последнего больного также рецидив через 2 месяца, ему произведена гепатикодуоденостомия, снова рецидив, снова гепатикодуоденостомия и снова рецидив.

По этому же способу оперировал проф. Финкельштейн с смертельным исходом. Лично я тоже, как будет видно дальше из описания своего собственного материала, прибегал к этому способу однажды, но без успеха.

После простой секции стриктуры и протезирования на катетре в клинике Мауо из 4 случаев один умер после операции, выздоровление у другого (наблюдение $5^1/_2$ лет), рецидив у третьего через полгода; этому больному произведена гепатикодуоденостомия на трубке. Трубка вышла при рвоте через 15 месяцев. У данного больного наступило относительное выздоровление, так как по временам бывает легкая желтуха и колики. У четвертого больного рецидив через полгода. Произведена ему вторичная операция—гепатикодуоденостомия с относительным выздоровлением.

Из данных, которые мной приведены выше, видно, что отдаленные результаты при протезировании протоков не являются такими благоприятными, как первоначальные. Приведенный мной материал из клиники Мауо при резекции стриктуры давал все же возможность приблизить концы отрезков для шва. При невозможности же этого, результаты будут еще менее благоприятными. Обычно при дефекте более 3—4 ст. протезирование обречено на неудачу. До сих пор мной излагались способы, имеющие целью восстановления оттока желчи нормальными путями. Как видно уже из предыдущего, не всегда возможно этого достичь, и тогда встает вопрос об искусственном соединении вышележащих главных желчных путей с кишечным трактом. При решении вопроса о такого рода соединениях требуется известная осторожность, так как здесь надо считаться с восходящей из кишечного тракта инфекцией. Готауд и Поппенс производили в 1922 году опыты на собаках в этом направлении и находили при холецистоэнтеростомии кишечное содержимое в желчном пузыре. Желчный пузырь, несмотря на принадлежащую ему способность активных сокращений, все же бывает известное время в состоянии покоя, так как его двигательные функции совершаются периодически в связи с питанием больного, посему занесение инфекции из кишечника является более легким, чем при анастомозе кишечного тракта с главными желчными ходами, где имеется все время ток желчи от печени к кишечнику. Но и здесь давление в кишечном тракте может по временам преодолевать давление в желчных путях, и таким образом может быть ток в обратном направлении. Вот почему мы клинически и наблюдаем у больных с такими анастомозами, наряду с полным излечением, значительный процент перемежающихся желтух и печеночных колик.

К сказанному следует еще добавить неприятную склонность этих анастомозов суживаться и даже облитерироваться. Указанные соображения и выдвинули положение о предпочтительности анастомозов желчных путей с более проксимальными отрезками пищеварительного тракта, начиная с желудка и двенадцатиперстной кишки, где имеется менее вирулентная инфекция. Классификация соединений главных желчных путей приблизительно такова:

1) choledocho-gastrostomia или choledocho-duodenostomia,
2) hepatico-gastrostomia или hepatico-duodenostomia,
3) cholecystico duodenostomia.

Соединение может итти или с протезом из резинового дренажа или без него.

Рассмотрим сначала способы без дренажа. Эти случаи в смысле отдаленных результатов протекают наиболее благоприятно. Из них самой простой операцией является операция с боковым анастомозом (холедохо-гастро—или дуоденостомия).

Она возможна тогда, когда при стриктуре дистальной части желчного протока, последний выше стриктур достаточно раздут, и тогда осуществление бокового анастомоза по типу гастро-энтеростомии не представит большого труда. Из российских хирургов два случая таких анастомозов принадлежат проф. Федорову.

Т. А. Грасмик произвел 15 раз холедохо-дуоденостомию, но не как восстановительную операцию, а как осуществление внутреннего дренажа на замену Кэровского.

При так называемом идеопатическом расширении желчного протока возможна такая операция, а также при исключительно благоприятных условиях можно произвести боковой анастомоз с желудком, как описано это одним из русских авторов. Но чаще хирургам приходится делать соединение конец в бок.

Так J. Berendes вшил с успехом печеночный проток в желудок по тому же принципу, как предлагает Sampson-Krönig вшивать мочеточник в мочевой пузырь. Такой же способ применим и при холедохо—или гепатико-дуоденостомии. Область швов обычно укутывается лоскутом из сальника.

В клинике Мауо к 1926 г. таких операций гепатико-дуоденостомии проделано 5, из которых четыре здоровы: один—1 г., второй—2 года, третий—$2^1/_2$ года, четвертый—$12^3/_4$ года.

Этот способ опять требует условий достаточной длины протока и достаточной подвижности двенадцатиперстной кишки, поэтому он применим далеко не во всех случаях, почему чаще приходится делать соединение на резиновой трубке. Здесь применяется обычно способ Wilms'a; вставляется дренажная трубка в конец желчного или печеночного протока, другой же конец трубки через разрез вводится в двенадцатиперстную кишку, предварительно, конечно, мобилизированную, при чем вхождение в кишку обычно делают косо по Witzel'ю, затем желчный или печеночный проток швами пришивается к двенадцатиперстной кишке. Область швов обшивается сальником. Способ Voelker'a, представляющий видоизменение предыдущего, отличается от него тем, что дистальный конец дренажной трубки Witzel'евским каналом снова выводится из двенадцатиперстной кишки наружу через рану, для того, чтобы можно было бы через 2 недели совсем извлечь трубку. В той части трубки, которая остается в самой кишке, устраивается большое окно, через которое могла бы поступать желчь в ки-

шечный тракт. Этот способ наичаще употребляется, но он имеет недостаток в возможности образования дуоденального свища, хотя последний обычно заживает самопроизвольно.

Weglowsky упростил операцию следующим образом: на дистальном конце желчного или печеночного протока, после того, когда в нее вставлен конец дренажной трубки, накладывается круговой кисетный шов, которым и фиксируется трубка. Далее, после мобилизации двенадцатиперстной кишки и подтягивания ее, как можно ближе к протоку, вокруг места будущего разреза кишки накладывается кисетный шов, в центре которого делается прокол, через который проталкивают другой конец дренажной трубки в двенадцатиперстную кишку; кисетный шов затягивается на катетре с таким расчетом, чтобы оба кисетных шва один на протоке, другой на кишке были один вблизи другого. Затем накладывают узловатые швы, соединяющие проток с кишкой, все швы затем покрываются сальником. В рану вставляется тампон или дренаж, но не приводят его в соприкосновение со швами. В остальном рана закрывается наглухо.

Каким бы способом операция ни была произведена, но операция гепатико-или холедохо-дуоденостемии является наиболее частой операцией, клинические успехи от которой нередки, хотя и здесь надо заметить, что цитированным уже выше авторам—Seulberger и Pollwein, при опытах на собаках, не удалось констатировать эпителизации соединения.

Из российских авторов операцию холедохо-дуоденостемию по Wilms'у и Voelker'у произвел проф. Финкельштейн 4 раза с одним выздоровлением и тремя смертельными исходами. Результаты из клиники Mayo по 1926 год таковы: из 8 случаев гепатико-дуоденостомии двое здоровы—7 л., один умер без улучшения через 6 л., один с относительным выздоровлением (по временам желтуха и колики), один умер после операции, один выздоровел, но быстро умер от другой причины, один имеет рецидив через 7 лет, снова ему операция гепатикодуоденостомия, закончившаяся выздоровлением.

Одному больному произведена операция холедохо-дуоденостомии, здоров $5^1/_2$ мес.

У Seulberger'а и Pollwein'а два случая гепатико-дуоденостомии с рецидивом через 6 мес. У Дуглеса из 12 случаев гепатико-дуоденостомий—6 неудач: один умер после четырех операций в течение 6 лет, двое умерли от кровотечения, двое умерло после операции по поводу рецидивов, один умер через год от тромбофлебита мезентериальной артерии (свищ у больного не зажил).

У Walters'а из семи случаев гепатико-дуоденостомии и холедохо-дуоденостомии пять с удачным исходом, двое больных умерли.

У одного из выздоровевших больных после операции был дуоденальный свищ, самопроизвольно заживший.

Операции соединения пузырного протока с двенадцатиперстной кишкой также делались неоднократно (Аренс, Гофман). Из русских хирургов с успехом произвел такую операцию в 1918 году проф. Федоров.

Сделав анализ существующих способов для соединения главных желчных путей с желудочно-кишечным трактом, я упоминал уже, что эти операции применимы и тогда, когда имеется желчный свищ, но здесь при операциях встречаются и некоторые отличия.

Прежде всего, при наличии желчного свища, последний является как бы проводником при отыскивании желчных протоков; без свища же и при заранее удаленном желчном пузыре, нет опознавательных пунктов для нахождения их, почему при свищах несколько легче розыскать желчные ходы. Кроме того, при свищах можно заранее определить причину, почему не закрывается свищ: будет ли это забытый камень в желчном протоке, или спустившийся из ворот печени уже после операции и закупоривший желчный проток.

Для этого вливают в свищ липоидоль или другую контрастную смесь и рентгенизируют больного, как это предлагает Вальцели, что особенно горячо рекомендует за последнее время лионский хирург Cotte.

Как бы то ни было, в том и другом случае повторная операция является одной из труднейших операций из-за наличия сращений; обычно желудок, двенадцатиперстная и поперечная кишка спаяны с печенью. Нужны большие усилия для того, чтобы добраться до нужного операционного поля, которое обычно к тому же глубоко расположено.

Я не буду здесь останавливаться на свищах после холецистостомии, так как последняя теперь чрезвычайно редко производится, да и производится она обычно не по тем способам, по которым она делалась прежде, т.-е., слизистая пузыря не подшивается к наружным покровам. Терапия здесь является простой, и она заключается в холецистектомии. Точно так же обычно заживает свищ при удалении забытого камня во время предшествующей операции. Здесь мы будем опять интересоваться случаями, когда у б-ного пузыря уже нет и свищ является или следствием повреждения желчных путей во время предыдущей операции или перегибов этих путей, происшедших после первой операции. Состояние больных в это время является тяжелым из-за расстройства пищевого и кальциевого обмена (остеопороз костей), а требования, пред'являемые к больному тяжестью операции—значительны. Кроме того, эти больные склонны к кровотечениям. Эти обстоятельства заставляют не особенно спешить с последующей операцией в надежде самопроизвольного закрытия свища, особенно неполного. Но как бы то ни было, ожидание не должно быть бесконечным, ибо силы больного будут истощаться. Джад не советует делать операцию, пока происходит увеличение билорубина в крови.

Естественной является мысль более упрощенной операции. Так, Sauvage, имея больную с желчным свищом очень преклонных лет и очень ослабленную, ничего не мог придумать лучшего, как устроить гастростомию данной больной и соединить введенную в свищ трубку с гастростомической трубкой. Вся эта система удерживалась особым пелотом. Таким образом он восстановил проходимость желчи из желчных путей в кишечный тракт.

Также приблизительно поступил и Н. А. Орлов (Владимир), соединив свищ желчного протока с подведенной к нему на расстоянии 5—6 сант. выключенной петлей тонкой кишки. Больная должна была остаться на всю жизнь с дренажем, идущим из свища в кишку. Затем этот ход он с успехом покрыл кожным лоскутом, взятым по соседству. Типичной же операцией является или фистулогастростомия или фистулоэнтеростомия. Сущность ее заключается в пересадке отсепарованного на достаточном протяжении свищевого хода в желудок или в кишку по типу операции Witzel'a.

К таким операциям приходится прибегать из-за вынужденных обстоятельств, когда ничего другого ослабленному больному предложить нельзя. В некоторых случаях целого ряда авторов получились удовлетворительные непосредственные результаты (Lécene и др.).

К таким операциям из новейших авторов прибегал и проф. Федоров. Но судьба этих пересадок в подавляющем большинстве случаев является печальной. Отсепарованный желчный свищ обычно переваривается и снова появляется свищ.

Кроме того, всегда имеется угроза восходящей инфекции.

Поэтому предложен целый ряд сложных операций, имеющих целью уменьшить переваривающее действие желудочно-кишечного сока и устранить возможность инфекции. На пример характера этих операций укажу, как поступил O. Roith в таком случае.

В первый момент он сделал гастроэнтеростомию и гастростомию, во второй момент секцию желудка около пилоруса и анастомоз свищевого хода с пилорусом.

В курсе оперативной хирургии Бир-Кюммель изложены два способа холецистоэнтеростомии по Монпрофи и Каушу. Таким же принципом руководствуются некоторые авторы для соединения кишек с желчным свищем. Монпрофи применил У-образный анастомоз по Ру.

Тонкая кишка перерезается между двумя жомами, в отводящий конец пересаживается желчный свищ, а приводящий конец на 5—6 сант. ниже пересадки имплантируется в бок отводящей петли, таким образом получается препятствие для поступления кишечного содержимого в свищевой канал. По Каушу делается анастомоз между двумя петлями тонкой кишки. Приводящее колено отрезается у самого анастомоза, а в отводящее после закрытия конца имплантируется желчный свищ, отводящее колено до анастомоза, затем суживается кишечными швами.

Операции получаются довольно сложные и теряется, по моему мнению, в связи с этим, смысл их показаний. Историю всех операций я не излагал, так как они достаточно изложены в статье Вольфензона из клиники проф. Федорова.

Теперь перехожу к описанию своих собственных случаев.

1) Больная А. 41 г. (ист. б. № 217) мед. сестра поступила в хир. б-цу 30/III—1929 года, с жалобами на постоянные колющие боли в области правого подреберья, иррадиирующие в лопатку, по временам схваткообразного характера. Приступы бывают почти ежедневно. Боли усиливаются во время ходьбы, у больной постоянная тошнота. В 1925 г. была оперирована по поводу аппендицита, но боли и после операции не успокоились. В 1928 году был один из тяжелых приступов с высокой 1° и сопровождавшийся желтухой и обесцвеченным стулом. Желтуха была около 9 дней.

St. praes. Язык обложен. Печень увеличена, болезненна, в особенности область желчного пузыря. Со стороны легких выдох с обеих сторон. Границы сердца норма. Тоны глухи. Stange 19 сек. Лейкоцитоз—5200. N 59; Л 35%; М—О, 6%. Свертываемость крови: начало 1′, конец 3′. В кале ничего патологического не обнаружено. Операция 3/IV (опер. № 25) угловым разрезом вскрыта брюшная полость. Желудок слегка растянут. Дефектов в его стенках не обнаружено. Желчный пузырь растянут, спаян спайками с colon transversum и duodenum. Стенки пузыря утолщены. По ходу пузыря и желчного протока определяются увеличенные до величины фасоли лимфатические железы. Желчный проток расширен. Отделен пузырный проток и при демонстрировании последнего присутствующим врачам порвался, потекла мутная желчь, но культя была достаточной длины, чтобы на нее положить две кэтгутовые лигатуры. Холецистектомия. Перитонизация ложа пузыря. Культя пузырного протока не перитонизирована. Дренажная трубка и тампон к ложу печени. В остальном рана зашита наглухо.

5/IV—На второй день после операции желтушная окраска склер и кожи.

7/IV—Повязка промокла желчью—14/IV Желтуха исчезла. Стул обесцвечен. Повязка пропитана желчью.

23/IV введен дуоденальный зонд,—желчь не получили. Больная жалуется на боли в подреберье.

22/V—Повторная операция (№ 392), свертывание крови: начало $1^1/_2$ минуты, конец — 8 минут. Разрез по прежнему рубцу. Сальник плотно сращен с печенью. Толстая кишка и дуоденум спаяны с ложем желчного пузыря. Вся область отечна и инфильтрирована. При отыскивании желчных путей желчный свищ был опознавательным пунктом. При обнаружении желчных путей оказалось, что культя пузырного протока резко подтянута к печени, желчный проток с печеночным образовали перегиб ввиде двухстволки. Перегиб исправлен после отсепаровки сращений, свищевое отверстие расширено и вставлен уретральный катетр № 17 в печеночный проток одним концом, другим через желчный проток в двенадцатиперстную кишку. Над катетром рана в протоках зашита кэтгутовыми швами. Под ложе печени вставлен тампон и дренажная трубка. Рана в остальном зашита наглухо.

26/IV—перевязка. Небольшое выделение желчи.

29/V—Стул окрашен. 20/VI—Выделение желчи из раны почти прекратилось.

22/VI—Утром озноб. Температура—38°—39°.

24/VI—Самочувствие хорошее, аппетит тоже. Рана зажила. Рубец в хорошем состоянии. 25/VI. Больная выписалась. При рентгеноскопии трубка стоит на месте.

11/IX—вновь поступила в б-цу с жалобами на боли, появление периодической желтухи в сочетании с повышением T° до 38°. St. praes. больная желтушно окрашена. Стул окрашен. В моче желчные пигменты. При рентгеноскопии трубка на месте. В течение недели три раза дренирование желчи дуоденальным зондом. Больная чувствует себя хорошо. 29/IX опять выписалась.

18/XI—Вновь поступила в больницу в тяжелом состоянии с высокой температурой и затемненным сознанием, с резко выраженной желтухой, с кровавой рвотой.

Язык обложен. Живот не вздут, болезненность в правом подреберье.

Кровь.— С— 38% Л—50%
П—7,5% М— 3%
Ю—1,1% Б—0,5%

со стороны эритроцитов анизоцитоз.

Свертывание крови после вливания хлористого кальция—начало 2, конец 4,5 минуты.

При предположении, что дренажная трубка закупорилась и вызвала обострение ангиохолита экстренная операция в тот же день.

18/XI—Операция (№ 661) поперечным разрезом по старому рубцу вскрыта брюшная полость. Отделены спайки желудка с париэтальной брюшиной. Дуоденум высвобожден от спаек, подтянут кверху. Дуоденум вскрыт, в нем показалось много желчи, по току желчи легко обнаружена papilla Vateri, прозондирован желчный проток, он оказался проходимым. Дуоденум зашит. Рана зашита наглухо. При предварительном осмотре желчного протока в нем, как бы прощупывался катетр, но его не оказалось, возможно, он проскочил в кишку во время манипуляции с двенадцатиперстной кишкой.

19/XI—Состояние больной несколько улучшилось. Язык обложен.

20/XI—Температура повышена до 38,5°.

23/XI—На повязке грязное отделение. Частью рана разошлась. Клетчатка и апоневроз омертвели. 24/XI—Стул окрашен.

26/XI—Явления паротита с левой стороны. Температура высокая. Пульс част. Сознание все время затемненное.

27/XI—Смерть. Вскрытие, к сожалению, произведено не было.

Вторая больная К. 37 лет (ист. б. 675) поступила 29/X—1929 г. в б-цу, больна 5 лет, у нее частые приступы болей в правом подреберье, отдающие в лопатку. Желтухи не было. Со стороны сердца и других органов ничего особого не отмечается. Печень увеличена, область желчного пузыря резко болезненна.

4/XI. Операция. Правосторонним поперечным разрезом по Sprengel'ю вскрыта брюшная полость. Печень с трудом вытянута, осмотрена область желчного пузыря, последний сморщен, набит камнями—пузырь как бы врос в ложе печени, он плотно с ней спаян. Стенки пузыря гипертрофированы, плотны. Вся шейка пузыря скрыта плотными спайками. Foramen Winslowi непроходим. Гепатодуоденальная связка инфильтрирована. Appendix расположен ретроцекально в спайках. Аппендектомия. Приступлено к холецистектомии со дна пузыря.

Приблизительно в средней части пузыря, в $2^1/_2$ сантиметра от шейки пузыря слева и несколько сзади определился тяж; для предосторожности пузырь был предварительно вскрыт, камни удалены и из пузыря пробовали зондировать этот тяж, но зонд в него не попал или не заходил, почему тяж принят за рубец и он был рассечен вблизи стенки пузыря. Из тяжа показалась желчь. При дальнейшем отделении пузыря было

замечено, что пузырный проток отсутствовал, а желчный проток исходил из пузыря непосредственно, а перерезанный тяж был печеночным протоком.

С шейкой пузыря была интимно спаяна art. hepatica d., идущая сзади шейки пузыря. При отделении поранена ветка, идущая из артерии, повидимому, пузырная, наложена пристеночная лигатура на печеночную артерию. Пузырь удален. Расстояние печеночного протока от желчного было не менее 5 сант. Двенадцатиперстная кишка мобилизована. Произведен анастомоз печеночного и желчного протоков на Кэровском дренаже, задние стенки отрезков с трудом удалось подтянуть швами. Тампон и дренаж к ложу печени. Рана зашита наглухо.

5/XI—Рвота желчью. Повязка немного промокает желчью.

8/XI—Стул окрашен желчью.

10/XI—Удалены тампоны.

21/XI—Стул обесцвечен. Повязка сильно пропитана желчью.

22/XI—Кэровский дренаж выпал из раны. В дальнейшем перевязка два раза в день из-за промокающих желчью повязок. Стул тоже окрашен, иногда он светлее, иногда темнее.

Ввиду того, что в дальнейшем стало заметно, что нет склонности к заживлению свища, кал стал по временам обесцвечиваться, пришлось прибегнуть ко вторичной операции.

23/I (№ опер. 52). Разрезом по старому рубцу вскрыта брюшная полость. Поперечно-ободошная кишка, привратник желудка и сальник спаяны с париэтальным листком брюшины. Спайки тупым путем раз'единены. В свищевой ход вставлен пуговчатый зонд, а по нему, рассекая сращения, дошли до протоков.

Печеночный проток отстоит от желчного на расстоянии 1 см. Они расположены под углом один по отношению другого. Отверстие печеночного протока стоит косо, над воронкой, образуемой отверстием желчного протока. На рубцовой ткани сзади между протоками видны, как бы островки эпителиальной ткани. Оба хода проходимы для зонда. Из печеночного протока показывается желчь. В него вставлен конец дренажа. Вокруг трубки наложен кисетный шов. Дуоденум мобилизован. В наиболее верхней части его после предварительного наложения кисетного шва, сделан прокол, в который вставлен другой конец трубки. Шов затянут. Наложен ряд швов между печеночным протоком и двенадцатиперстной кишкой. Вокруг все швы укутаны лоскутом сальника, который также укреплен несколькими швами. Дренаж в живот. Рана зашита. К вечеру после операции рвота желчью.

27/I—Стул окрашен. Небольшая желтушная окраска склер, наблюдавшаяся на второй день после операции, исчезла.

29/I—Дренаж удален. Больная чувствует себя хорошо.

5/II—На повязке немного желчи.

6/II—Повязка сухая.

21/II—Рана почти зажила. Больная ходит. Жалоб никаких. Стул все время окрашен. В моче нет желчных пигментов. Количество билорубина в крови норма. 4/III—выписана.

Третий больной Ф. 28 л. (ист. б. 217) поступил в хир. б-цу 17/III—1930 г. с жалобами на боли в области правого подреберья. Больным себя считает с 1922 года. По временам боли в правом подреберье носят характер приступов, с повышением температуры до 39°. Повышению температуры обычно предшествует озноб. После приступов обычно появляется желтуха. Последняя держится известное время, затем исчезает. Приступы прежде были редко, но за последнее время участились и за последний год желтуха почти совсем не исчезала. Стул окрашивается недели на две, затем вновь обесцвечивается. За последние четыре месяца потерял $1^1/_2$ пуда весу. В прошлом больной болел оспой и дизентерией. При поступлении в б-цу больной ослабленного питания. Кожные покровы и склера желтушно окрашена. Стул не окрашен. Под правым подреберьем прощупывается увеличенная и болезненная печень. Со стороны сердца отмечаются глухие тоны. Через несколько дней по поступлении в больницу у б-ного стул окрасился. Ввиду рецидивирующей желтухи у больного решено его оперировать.

У больного: общий лейкоцитоз 7500 со следующим составом:

С 51%	М 5%
П 7%	Э 3%
Ю —	Б 1%
Л 33%	

Свертываемость крови: начало 1′ конец 2,5′. В моче ничего патологического не обнаруживается. 9/IV произведена под общим наркозом операция (№ 231). Угловым

разрезом, вертикальная часть которого идет по белой линии живота, а горизонтальная поперечно через правую прямую мышцу пальца на два выше пупка, вскрыта брюшная полость. Желудок обычных размеров, ничего патологического в нем не обнаружено. Печень на два поперечных пальца выступает из-под реберной дуги. Ткань печени плотна, поверхность ее шероховата. На передней поверхности печени виден мраморный рисунок. Желчный пузырь растянут с утолщенными стенками, спаян сращениями с двенадцатиперстной кишкой. Сращения рассечены. В желчном пузыре камней нет. Пузырный и желчный протоки растянуты; по ходу их видна значительно увеличенная лимфатическая железа (2×3 с.). Головка поджелудочной железы плотна, сзади двенадцатиперстной кишки прощупывается плотный бугорок, заподозрен камень. Мобилизована двенадцатиперстная кишка по Кохеру, но природу бугорка окончательно установить не удалось. Вскрыта двенадцатиперстная кишка, отыскан Фатеров сосок, зондирован желчный проток со стороны Фатерова соска. Зонд с трудом проходит, бугорок оказался уплотненной лимфатической железой. Двенадцатиперстная кишка закрыта. Холедохотомия. Провести зонд в двенадцатиперстную кишку со стороны желчного протока не удается. Больному поставлен диагноз стенозирующего англохолита и произведена холедохо-дуоденостомия по Weglowsk'ому. От предполагавшейся в начале холецисто-гастростомии пришлось отказаться в виду поврежденной серозной пузыря. Произведена затем холецистектомия. В брюшную полость вставлен дренаж с фитилем. В остальном рана зашита наглухо.

После операции тотчас же рвота желчью.

Послеоперационный период прошел гладко, кроме перенесенной послеоперационной пневмонии не особенно тяжелого характера.

12/IV удалена дренажная трубка с фитилем.

13/IV больного прослабило. Стул окрашен.

15/IV при снятии швов рана немного разошлась, желчеотделений нет.

23/IV больной выписан с хорошим самочувствием. Склера без намека на желтушную окраску. Рана почти зажила.

10/V при рентгеноскопии трубки в брюшной полости не обнаруживается.

Таким образом, мной на трех больных произведены четыре восстановительных операции.

У первой больной произведена операция по Wilms'у. У нее наступило относительное выздоровление, так как по временам были приступы желтухи с болями. В один из таких приступов больная вторично поступила в больницу, где у нее быстро наступило улучшение, при чем трубка была еще на месте. В последний раз она поступила приблизительно через шесть месяцев после восстановительной операции с явлениями тяжелого ангиохолита. При операции дренажной трубки уже в желчном протоке не оказалось. Проходимость протока была совершенной. Больная погибла от сепсиса на почве ангиохолита.

У второй больной с редкой формой аномалии желчных путей, когда у больной не оказалось пузырного протока, а печеночный проток впадал в желчный пузырь, печеночный проток был перерезан, вследствие чего получился дефект в 5 сант.

Этот случай подобен случаю Белласа, но с той разницей, что печеночный проток впадал не в шейку пузыря, а в тело его. Соединение конец в конец было невозможно. Я применил способ Doyen'а. Но трубка у больной выскочила через две, приблизительно, недели. У б-ной получился неполный желчный свищ, с наклонностью обратиться в полный.

При вторичной операции я применил гепатикодуоденостомию с техническим приемом по Веглювскому. Непосредственный результат хороший. Дальнейшее предсказание у больной поставить трудно. Она должна разделить судьбу больных с восстановительными операциями, а у них мы видели, что бывает рецидив от 2 месяцев до 9 лет, но иногда бывает и окончательное излечение.

Третьему больному произведена холедохо-дуоденостомия по поводу структуры желчного протока.

Доктор М. Ф. Вольфенсон собрал статистику восстановительных операций по конец 1924 г. в 210 случаев, из них гепатикодуоденостомий произведено 19 раз. Но в статистику его, видимо, не вошли работы американских авторов; так, в 1925 г. Starr Judd представил статистику восстановительных операций из клиники Mayo в 48 сл.

В 1928 г. из той же клиники Judd представил уже 58 случаев восстановительных операций, из них 47 гепатикодуоденостомии, 2 гепатикогастростомии, 7 холедоходуоденостомий, 1 гепатико-холедохостомия, 2 холедохо-гепатикодуоденостомии.

У них результаты операции следующие: 8 умерло, 17 здоровы (наблюдение от 4—5 л.), 16 улучшение (наблюдение от 2—6 л.), 9—удовлетворительные результаты, у двоих осталась желтуха. У Walters'a из семнадцати восстановительных операций 14 живы до сих пор, из которых 7 совершенно здоровы и 7 с относительным выздоровлением.

У Douglas'a из семи случаев гепатико-или холедоходуоденостомий пять с хорошими результатами, двое умерли.

Собрать все случаи гепатикодуоденостомии в наших условиях затруднительно, но, повидимому, число их описано около 70.

В русской литературе восстановительных случаев было незначительное число (они указаны в статье проф. Финкельштейна): один случай принадлежит проф. Вишневскому, один Оппелю, один Добротворскому, три проф. Федорову, 7 проф. Финкельштейну, 4 принадлежат мне, при чем случаев гепатико-дуоденостомии у русских авторов найти не удалось *).

В конце своей работы привожу перечень всех восстановительных операций на желчных путях:

Восстановительные операции

на желчных путях.

I. Cholecysto-gastrostomia и cholecysto-enterostomia.

II. Choledocho-duodenostomia transduodenalis.

III. Операции, восстанавливающие ток желчи в условиях, приближающихся к нормальным:

по типу Heineke-Mikulicz

Соединение конец в конец (без трубки)

с трубкой { Wilms / Doyen

IV. Пластические операции.

Опер. Mayo, Беллас и друг.

V. Новое соединение с желудочно-кишечным трактом.

Choledocho { gastrostomia (без трубки) / enterostomia (с трубкой) } Wilms, Voelker, Weglowsky.

Hepatico { gastrostomia (без трубки) / duodenostomia (с трубкой) } Wilms Voelker, Weglomsky.

Cholecystico-duodenostomia (опер. Ahrens'a).

Соединение желудочно-кишечного тракта со свищевым ходом.

*) Через м-ц после того, когда данная работа была приготовлена уже к печати, появилось в В. Х. и погр. об. № 55 ст. Бельца с изложением двух случаев гепатикодуоденостомий.

VI. Fistulo-gastrostomia, Fistulo-enterostomia, Fistulo-enterostomia по типу Монпрофи и Кауша.

VII. Hepato-choleangio-enterostomia.

Все перечисленные операции подвергнуты анализу, за исключением hepato-choleangio-enterostomia. Об этой операции я, не имея собственного опыта, упоминаю только для полноты изложения. Интересующихся подробно этим вопросом отсылаю к статье Часовникова (Н.Х.А. № 28), трактующей подробно этот вид операции. В заключение, исходя из литературных данных и собственного опыта, можно согласиться с клиникой Мауо и притти к заключению, что там, где нельзя восстановить ток желчи в условиях, приближающихся к нормальным, там операция холедохо-или гепатико-дуоденостомии является операцией выбора, но и эти операции, к сожалению, не дают верных результатов, они технически трудны, и, повидимому, нужны еще усилия хирургической мысли для окончательного решения вопроса.

Цель моей работы, я надеюсь, будет выполнена, если хирург, которому волей или неволей придется приступить к той или иной восстановительной операции, найдет в ней, по крайней мере, ориентировочные пути из хаоса предложений по этому вопросу, которые позволят ему поставить более точные оперативные показания.

ЛИТЕРАТУРНЫЕ ИСТОЧНИКИ.

Проф. С. П. Федоров.—Желчные камни. Проф. Финкельштейн.—Н.Х.А. № 50. Торкачева Н.Х.А. № 39, Евлонский—Н.Х.А. № 77. Вольфенсон — Н.Х.А. № 30. XV с'езд российских хирургов.
Th. Naegeli. Zentralbl. für. Ch. LI, № 14.
Seulberger и Pollwein. Brem's Beitrage zur klin. Ch. CXXXV, № 5.
Feist—в том же номере.
O. Roith. Deutsche Zeitsch. fur Ch. CLXXXIV, № 3.
W. Walters. An. of Surgery LXXIX, № 1.
Starr Judd и V. Burden. цит. по. J. de Ch. XXVIII, № 2.
Starr Judd и Douglas. Idem. XXX, № 3.
K. Düttmann. Bruns' Betrage zur Kl. Ch. CXXXIX, № 4.
G. Müller.—цит. по J. de Ch. XXVIII, № 5.
A. Whipple. Idem XXXI. № 4.
W. Walters. Idem XLVIII. № 3.
Starr Judd и Bennet Parker. Idem XLIII. № 3.
Sauvage. L. Pr. Med. № 96 1929.
Weglowsky. L. Pr. Med. № 71. 1926.

О производящей причине рака.

Проф. М. М. Невядомский.

(Москва).

Продолжая изучение проблемы этиологии рака, я в процессе анализа цитологических картин мазков, как из Эрлиховского штамма, так и из человеческого рака, должен был придти за последнее время к выводу, что в моих трех первых сообщениях о „производящей причине рака" вкрался ряд неточностей, обусловленных бесконечным разнообразием цитологических элементов мазков и исключительной трудностью их диференциации. Более того, мною допущено ошибочное предположение, что грегарина является возбудителем рака, т. к. детальный анализ показал, что в самой грегарине имеется паразит, относящийся к порядку Sarcosporidia — и вот этот последний, действительно, есть возбудитель рака. Подобное утверждение стало возможным только после опытов с чистыми культурами обоих паразитов, т. к. введение их в брюшную полость мыши, действительно, вызывает образование опухоли, совершенно аналогичной по своему цитологическому составу с Эрлиховским штаммом.

Таким образом, наличие двух паразитов в одной опухоли и обусловило спутывание их циклов развития.

В настоящее время цикл грегарины из раковых опухолей, как мышей, так крыс и человека, представляется в следующем виде.

Две ядерных грегарины копулируют и образуют сидзигий, который распадается на мерозоиты, пройдя стадию круглого шизонта. Мерозоит путем новообразования ядер, как из основного ядра, так и кариозомы, превращается в агамет—клетку, величиной до 25 μ, содержащую много чернокрасных зерен, несколько напоминающую агамет Seleno—coccidium

Путем дальнейшего новообразования ядер получается — „гаметобласт" — клетка, вся усеянная кокковидными гаметами, которые, копулируя, растут и дают развитие спороцисты со споробластом.

Споробласт с фиолетово-красным зернистым ядром и белесоватой протоплазмой постепенно утрачивает зернистость, меняя свой цвет, и превращается в желтую спору, содержащую 1—2 спорозоитов с точечным ядром и 1—2 пигментными зернами.

Спорозоит постепенно превращается в трофозоит — грегарину с типическим ядром из ахроматинового диска, содержащим 1-3 кариозомы и фиолетово-красный комок хроматина.

Если сидзигий инцистируется, то его развитие происходит иначе.

Каждый сидзигит выделяет фиолетово-красную ядерную субстанцию, которая, сливаясь и освобождаясь от сидзигия, образует агомет.

Последний либо делится на 2 микрогаметоцита, либо принимая круглую форму, превращается в макрогаметоцит, выделяющийся грубыми петлями хроматина. В микрогаметоцитах происходит обособление

зернистости, из которой образуются микрогаметы, оплодотворяющие макрогамету, зернистость которой дробится и получается ооциста, состоящая из кокковидных гамет.

Очень часто гаметоцит получается без копуляции — грегарина принимает округлую форму, а в ее ядре происходит образование вторых ядер.

Вышеописанный цикл развития грегарины из раковых опухолей мыши, действительно, дает основание для отнесения ее к подпорядку Schizogregarinaria.

Нетрудно убедиться, что в клетках грегарины, в любой стадии цикла ее развития, имеются вкрапленные споры ее паразита, что не только меняет форму и вид первых, но и делает чрезвычайно затруднительным понимание таких клеток.

Условия, в которых происходит моя работа, не позволяют мне проследить весь цикл развития паразита рака, тем более, что в протистологии нет точного представления о цикле саркоспоридий. Поэтому описываемый здесь цикл неизбежно должен считаться предварительным. Впервые этот паразит был обнаружет мной в марте 1928 г.

Повидимому, основная форма этого паразита темносиняя, круглая, амебовидная клетка с тускло-заметным фиолетово-красным ядром.

Увеличиваясь и новообразуя по периферии ядра, повидимому, не из вегитативного ядра, клетка превращается в округлый шизонт с нежно-красными ядрами в виде лепестков. Шизонт может инкапсулироваться, образуя гимноспоры.

Шизонт может достигать размеров 20-30 μ и распадается на круглых красных шизозоитов, которые с нижней своей поверхности выделяют бесцветное вещество, образующее бесцветную клетку продолговатой, несколько изогнутой формы, — это будущие гаметоциты.

Постепенно клетка становится грязно-буро-желтого цвета, на ее поверхности появляется буро-желтая зернистость и вырисовывается нежно-ячеистое розовое ядро, расположенное ближе к заднему концу. Передний конец совершенно гладкий. Вполне созревший гаметоцит весь покрыт зернистостью, а часто его ядро заменено Fadenapparat'ом.

Таким образом, перед нами как бы „Sichelform“ Sarcocystis tenella.

Я позволю себе не согласиться с отнесением этих форм к спорам или спорозоитам саркоспоридий, т. к. мне удалось проследить их дальнейшую судьбу. Гаметоцит растет в ширину и затем делится на 2 микрогаметоцитов (макрогаметоцитов), которые, копулируя, дают ооцисту, содержащую неокрашивающиеся споры. Эти-то споры и переносит грегрегарина на клетки опухоли, где они часто и прорастают.

Образуется синяя без'ядерная клетка, сидящая часто на бесцветном основании, получается тот „глаз“, который давно обращал на себя внимание исследователей рака.

Клетка эта на подобие бутона начинает „расцветать“ — она как бы лопается на две части и из середины ее выдвигается 1 или несколько „пестиков“; сливась они образуют фиолетово-красное ядро, вокруг которого, как лепестки у цветка, лежит синяя протоплазма.

Позднее образуется зернистая фиолетово-красная спороциста, в которой лежит круглая клетка.

Освободившись, клетка дает разрастание по ее периферии темно-красной хроматиновой субстанции, нежная поверхность которой выделяет вещество, образующее бесцветную цисту.

Эта циста, продырявив окружающую ее хроматиновую субстанцию, освобождается и позднее прорастает, выделяя со своей периферии ростки фиолетово-красной субстанции, либо закрывающей всю цисту, либо лентой окамляющей ее. Постепенно эта хромотиновая субстанция становится более компактной и, давая причудливые формы изгибов, распадается на 8-12 полулунных образований, содержащих ядро черно-красного цвета. Несомненно, эти образования до сих пор ошибочно принимались за нейтрофилов.

Освободившись от бесцветного диска, цисты растут, достигают размера 15-20 μ; форма их многогранная, неровная — красная субстанция их постепенно распадается и зырисовывается круглая циста, содержащая споробласта.

Споробласт — это круглая клетка с интенсивной синей протоплазмой и коричневато-красным ядром. Путем рассеивания хроматина ядра или его почкования происходит размножение ядер споробласта — в результате чего панспоробласт может достигать огромных размеров, во много раз превышая величину гигантской клетки.

Повидимому, панспоробласт может давать образование и хламидоспор. Попадаются образования, содержащие в 3 ряда расположенные споры, до 12 и более экземпляров.

Споры имеют желто-коричневую оболочку, которая лопается посредине, и из нее выходит белая, с синеватым оттенком спора, раскалывающаяся на 3-4 части по экватору. В этих спорах находится синяя клетка с фиолетово-красным ядром.

Вот в нескольких словах цикл развития паразита грегарин — его типическое „расцветание" на подобие цветка позволяет дать ему название Flores canceri (Bouton de diavle).

Мне удалось в культуре получить рост гимноспор этого паразита и введением в брюшную полость мыши вызвать развитие типического Эрлиховского штамма. Из 20 мышей, которым я ввел эту культуру, 10 погибли на другой день, у 10 — развились опухоли.

Следует подчеркнуть, что 10 из них была введена культура после часового нагревания ее при T 58 °C, — очевидно капсула предохраняет эти гимноспоры от гибели.

Но в этих культурах имеется и примесь инкапсулированных грегарин—пока еще не удалось изолировать отдельно каждого паразита.

Полученные от культур опухоли цитологически тождественны с основным штаммом, где цикл обоих паразитов вполне аналогичен таковому в основном штамме.

Следует подчеркнуть, что в этих опухолях стадия шизогонии грегарины не выражена — обычно грегарина без капуляции принимает округлую форму и ее ядро превращается в гаметоцита.

Стремясь выяснить пути, через которые паразит рака достигает человеческого организма, я исследовал клопов из клеток, где содержатся раковые мыши, и в них обнаружил огромное количество раковых паразитов в разных стадиях их развития, особенно в стадии панспоробластов.

Точно также в клопах, снятых с раковых больных и пойманных в их комнате, я нашел не только паразитов рака, но и грегарин.

Этот факт, мне кажется, чрезвычайной важности,—он указывает на то, что рак может, повидимому, распространяться клопами,—но для этого необходимо наличие в них и грегарины.

Последние данные литературы подчеркивают важную роль глист в факте заболевания раком, повидимому, в них грегарины часто встречаются. Исследуя панспоробласты ракового паразита в клопах, невольно приходишь к выводу, что они могут достигать огромных размеров, и что те раковые клетки, которые находят в крови раковых больных, есть споробласты, а не клетки раковой опухоли.

Отсюда, повидимому, взгляд Адамкевича на раковую опухоль, как на конгломерат клеток ракового паразита, неожиданно получает подтверждение.

Несомненно, огромное количество клеток раковой опухоли — это панспоробласты ракового паразита; опухоль, так. обр., по своему клеточному составу аналогична Mischer'овским тяжам.

К панспоробластам, конечно, примешиваются и клетки организма заболевшего животного, но все же главная масса опухоли из клеток паразитов. Те клетки опухоли, которые обращали на себя внимание своими картинами кариокинеза — это кариокинез ядер грегарин. Атипические митозы — это рассеивание хроматина ядер, а иногда и их почкование, что характеризует клетки только простейших.

Пересмотр всей проблемы новообразований требует применения тонкой методики протистологических исследований опухолей, а не грубых манипуляций патолого - анатомов, что и лежало в основе неверной трактовки гистологических картин.

Сообщаемые мною данные легко проверить каждому знакомому с протистологией и убедиться, что новая научная онкология — это только одна из интереснейших и труднейших страниц протистологии.

В заключении считаю приятным долгом выразить свою благодарность моим друзьям и ученикам д-ру С. Р. Гаркиной, д-ру А. Ф. Вышеславцевой за помощь в работе.

Кроме того, выражаю свою искреннюю признательность Нефтесиндикату в лице его председателя Н. И. Соловьева, много содействовавшего получению небольшой субсидии для этой работы.

Физиотерапия бронхиальной астмы.

Д-р С. П. Шипилин.

(Из Средне-Азиатского Научного Института физических методов лечения им. Н. А. Семашко. Директор проф. Н. И. Рагоза).

Лечение и патогенез бронхиальной астмы до сих пор представляет собой одну из незаконченных и темных глав медицины.

Это и понятно.

Бронхиальная астма не является, в сущности, болезнью в тесном смысле этого слова, а есть только симптом патологического состояния организма, какого—мы и до сих пор не знаем точно.

Этиологическим моментом в возникновении астматического припадка могут быть аллергены, увеличенные бронхиальные железы, давящие на конечные ветви блуждающего нерва, нарушенное, в силу тех или иных причин, равновесие вегетативной нервной системы, рефлексы с того или иного больного органа (нос), червеобразный отросток, матка и т. д. Наконец, большое значение придается и чисто нервно-психическим моментам; так, психотерапия в руках некоторых авторов дает очень хороший эффект при лечении астмы. Каждый взгляд на этиологию астмы имеет своих защитников и противников, и, соотвественно обилию теорий астмы, число предложенных средств терапии также велико.

Диапазон арсенала средств необычайно велик.

С одной стороны, мы имеем довольно невинные медикаменты, с другой стороны, кровавое вмешательство, в виде симпатико и ваготомии и даже торакопластики.

Каждый метод лечения дает тот или иной % успешного результата, при чем все-таки в большинстве случаев или наступает полное разочарование, или чрезмерное увлечение уступает место здоровой критике.

Понятен успех всевозможных „тайных" средств, всевозможных порошков, сигарет и вообще новых способов лечения, так как больные, живущие под Дамокловым мечом приступа, стараются искать все новых и новых средств, могущих дать им, если не исцеление, то, во всяком случае, облегчение тяжелого состояния.

Вполне естественно, что и физиотерапевты сделали попытки облегчить страданья астматиков.

Были испытаны почти все физиотерапевтические процедуры.

Световые ванны по Штрюмпелю (Strümpell), вызывающие усиленное потоотделение, горячие водяные ванны, холодные души на затылок, ультра-фиолетовые лучи, прожектор, Соллюкс, ионотерапия хлористым кальцием, рентгенотерапия на корни легких по Шиллингу (Schilling), облучение легочных полей по Клевитцу (Klewitz), облучение селезенки по Гределю (Groedel), печени по Гайосу (Gajos), гипофиза по Асколи и Фаджиноли (Ascoli, Faginoli), продолговатого мозга по Нестерову, облучение длинных костей, проводимое Неме-

новым и Пастер—Валлери—Радо, (Pasteur-Vallery-Radot), диатермия груди по Нагельшмидту (Nagelschmidt), диатермия селезенки по Р. Гасулю. Это, конечно, неполный перечень попыток приложения того или иного физиотерапевтического агента к лечению астматиков.

Все эти методы дают тот или иной % успешного действия на астматический процесс, при чем обычно наилучшие результаты получает сам автор данного метода.

У нас в институте применялись почти все виды физиотерапии астмы, довольно часто в комбинации с лекарственным лечением (атропин, адреналин) и, особенно, с десенсибилизацией пептоном.

Я остановлюсь лишь на обзоре случаев, лечившихся у нас рентгенотерапией, в виде комбинированного облучения бронхиальных желез и селезенки, и диатермией селезенки по Р. Гасулю.

Впервые благоприятное действие ρ—лучей на астму было подмечено Шиллингом (Schilling) в 1906 г. Открытие это было случайно, так как после рентгеноскопии грудной клетки астматика приступы астмы прекратились.

Это наблюдение дало повод Шиллингу применить облучение грудной клетки у ряда астматиков, о чем автор доложил на одном из с'ездов рентгенологов.

Статистика Шиллинга охватывала 60 собственных случаев, при чем % выздоровления был 25, с улучшением было 50% и неудачных случаев было 25%.

В довоенное время и во время войны появились немногочисленные работы, в общем подтверждавшие наблюдения Шиллинга, Имельмана, Якш, Стефан (Immelmann, Jaksch, Stefan).

В послевоенное время число работ значительно увеличилось. Особенно много случаев имел у себя Клевитц (121), Марум (Marum), Притцель (Pritzel)—по 40, Pasteur—Vallery—Radot—12.

Из русских авторов опубликовали свои наблюдения Коган-Ясный, Большакова, Михайлов и Тюменцев.

Данные авторов иллюстрируются прилагаемой таблицей:

№№	АВТОР	Число б-х	% выздоров.	% улучш.	% неудачных	Исчезли из-под наблюдения
1	Шиллинг	60	25	50	25	
2	Morchäuser	40	32,5	45,5	12,5	7,5
3	Klewitz	121	29,8	34,7	35,5	
4	P. Vallery-Radot . . .	12	16	50	34	
5	Pritzel	40	—	88	12	
6	Марум	40	60	20	10	10
7	Большакова	18	16	38	28	16
8	Коган	35	25,7	65,7	8,6	

Также случайно было замечено благоприятное действие облучения селезенки на астму.

Дрей и Лассен в 1920 г. у лейкемика, страдавшего одновременно и астмой, получили исчезновение приступов после облучения селезенки.

Этот способ лечения астмы особенно широко применил (Groedel), Гредель, давший и теоретическое об'яснение механизму его действия. И этому способу посвящен ряд работ, как иностранных, так и русских, при чем все авторы считают, что облучение селезенки дает весьма благоприятный эффект.

Из таблицы видны результаты работ некоторых авторов.

№№	АВТОР	Число б-х	% выздоров.	% улучш.	% неудачных	Исчезли из под наблюдения
1	Groedel	30	30	50	20	
2	Drey и Lossen	41	40	40	20	
3	Pöhlmann	45	—	91	9	
4	Mirando Gallino	26	46	46	8	
5	P. Vallery Radot . . .	26	30	27	43	
6	Голст. Каплунова . . .	44	24	61	14	

Но облучение только селезенки или только грудной клетки все же давало известный % неудач. Это побудило некоторых авторов (Марум, Коган-Ясный, Бергергоф, Валлери Радо) применить комбинированное облучение селезенки и грудной клетки, при чем 2—4 сеанса делалось на бронхиальные железы и 1—2 сеанса на селезенку, некоторыми в один день давалось облучение селезенки и грудной клетки одновременно.

Этому способу придают наибольшее значение, особенно, французские авторы, считая, что такое применение рентгеновских лучей дает наибольший % излечения и более стойкие результаты.

Теорий действия р. лучей при бронхиальной астме предложено много. Шиллинг считает, что облучение грудной клетки дает уменьшение секреции вследствие прямого действия лучей на клетки эпителия бронхов; при этом Шиллинг наблюдал у своих больных уменьшение мокроты, а Иммельман разжижение мокроты. Марум отмечал увеличение, сменяющееся уменьшением мокроты.

Готтшальк, Шписс, Паризиус и др. (Gottschalk, Spiess, Parisius) успех лечения приписывали уменьшению бронхиальных желез, давящих на блуждающий нерв и тем вызывающих приступ. Наконец, можно предполагать и антиспазматическое действие р. лучей на брон-

хиальную мускулатуру. Голтузен (Holthusen) думает, что р. лучи уменьшают возбудимость конечных ветвей блуждающего нерва.

Все эти теории, очевидно, могут об'яснить только непосредственное действие р. лучей на грудную клетку и совершенно непригодны для об'яснения действия р. лучей при облучени селезенки.

По мнению Гределя раздражающие дозы (шкала Гольцкнехта вообще не допускает существование раздражающих доз) на селезенку дают повышенное выделение антител, благоприятно влияющих на астму и дающих явления рентгеновской болезни при выделеннии их кишечником.

Поэтому, Гредель видит зависимость между тяжестью явлений рентгеновской болезни и успехом лечения. Чем тяжелее рентгеновская болезнь, тем больше основания ждать успеха.

Гредель видит доказательство раздражающего влияния р. лучей на селезенку (Голст думает, что, если не допускается существование раздражающих доз на отдельную клетку, то орган в целом может испытывать это раздражающее действие) в том, что при очень частой рентгенизации селезенки наступает угнетение выделения антител, поступление их в кровь прекращается или уменьшается, и приступы астмы возвращаются вновь. Жибер (Gibert) избегал проявления рентгеновской болезни осторожной дозировкой, при чем успех лечения по его мнению вовсе не зависит от тяжести рентгеновской болезни. Клевитц считает, что здесь имеется протеино терапия, следствие распада лимфоцитов селезенки.

Голст и Каплунова предполагают, что облучение селезенки десенсибилизирует организм, путем поднятия иммунизирующей функции ее.

С другой точки зрения подходит к об'яснению действия р. лучей Валлери-Радо и Жибер. Они считают, что рентгенизация вызывает изменение гуморального порядка, доказательством чего служит изменение лейкоцитарной формулы, скорость свертывания крови и в изменении щелочного равновесия тканей. На последнее обстоятельство обращает особенное внимание Валлери-Радо.

В прениях на 2 с'езде рентгенологов проф. Неменов указал, что облучение „левого бедра" (по словам Неменова этот способ лечения безвреден) также может давать успешное действие при астме. Это указание проф. Неменова подтверждает и Валлери-Радо, получивший успех при облучении длинных костей.

Р. Гасуль, учитывая, что „селезенка является главным универсальным аппаратом образования антител в присутствии антигенов в организме", предложил свой метод лечения, состоящий в прогревании селезенки диатермией, так как активная гиперемия селезенки усиливает в ней функцию образования антител. Мне не удалось найти в иностранной, доступной мне литературе работ, посвященных методу Гасуля. Русские работы также немногочисленны и по результатам неодинаковы.

Сам автор получил результаты очень хорошие, не имея ни одной неудачи у 13 больных.

Кирстнер на материале кисловодских санаторий из 39 больных получил улучшение у 31 человека, т. е., 80%, и только 20% дали ухудшение.

У больных московской клиники результаты значительно хуже—из 12 случаев улучшение дали 5, или 41%, без перемен—4, или 33% и ухудшение 3 или 25%.

Бросается в глаза несоответствие между больными Кисловодска и Москвы и невольно кажется, что Кисловодск и без диатермии селезенки с его горным климатом и санаторным режимом—может обусловить обычную ремиссию астматиков.

Бабаев у 23 больных удовлетворительный результат получил только у 5, причем в 2 случаях сам автор не знает, что помогло больному—диатермия или выздоровление было обычной ремиссией.

Либов из 5 больных удачный результат имел у 3.

Ротштейн и Еллинсон на 15 больных имели в 13 случаях, т. е., в 86% хороший результат, при чем значительное улучшение получили у 5—т. е., 33%.

Наиболее разработанный материал имеется у Вишневского и Яблокова. Они в 1 случае имели значительное улучшение, в 5—улучшение, т. е., хорошие результаты получили у 55% своих больных.

Интересно отметить, что 5 стационарных больных лечились без результатов.

Техника рентгенотерапии различна:

Шиллинг давал 2—4 сеанса на корни легких, Клевитц рекомендует облучение всей грудной клетки за исключениет области сердца, давая всего 7 полей 10%15 см., фильтр 0,5 м/м. цинка, т. е. даются жесткие лучи.

Марум предпочитает меньшие дозы, давая всего 4 сеанса на корни легких с полем 8×10 см. фильтр 3 м/м. аллюминия, по 20% НЕД.

Для облучения селезенки Гредель предлагает давать дозы в пределах 1 НЕД.

Голст и Каплунова дают ½ НЕД, при фильтре в 0,5 м/м. меди и 1 м/м. аллюминия.

К небольшим дозам рекомендует прибегать и Жибер.

Диатермия селезенки проводилась на аппаратах Симменса—Гальске; электроды накладывались на область селезенки, длительность сеанса до 15 мин., сила тока 1,5—2 ампера.

Почти во всех наших случаях проводилась комбинированная рентгенотерапия на корни легких и селезенку. Наибольшее число сеансов 15, наименьшее 2 (в последнем случае р—терапия желез дала блестящий эффект, прослеженный в течение 4-х лет).

Всего было под наблюдением 16 человек—10 мужчин и 6 женщин, в возрасте от 22 до 53 лет, получивших рентгенотерапию, и 19 мужчин и 11 женщин, леченных по методу Гасуля.

Явления рентгеновской болезни отмечались в редких случаях после облучения селезенки. Клиническая картина была однообразна: — типичные астматические приступы, большей или меньшей продолжительности, с обильными, свистящими хрипами, часто с вторичными явлениями—эмфиземой легких и хроническим бронхитом.

Кровь исследовалась почти у всех больных. В громадном большинстве случаев эозинофилия была несколько выше нормы (4—6%), что стоит в соответствии с работой Лошкаревой. В одном случае эозинофилия достигла 45%.

В мокроте в 50% случаев эозинофилия, значительно реже находились кристаллы Шарко Лейдена и спирали Куршмана. Рентгеноскопия легких почти во всех случаях показала увеличение бронхиальных желез в некоторых случаях рентгенолог обозначал это увеличение, как „громадные", „массивные" и т. п. Марум отмечает, что больным с большой продолжительностью болезни рентгенотерапия дает меньший эффект.

Это подтверждает Голст, хотя Коган Ясный и Абрамович видели улучшение и в старых случаях с эмфиземой.

В наших случаях ближайшие результаты лечения таковы:

Очень хорошие результаты	— 1	или 6%
Хорошие „	— 5	„ 31%
Удовлетворительные „	— 6	„ 37%
Неуспех	— 4	„ 25%

Отдаленные результаты значительно хуже:

Очень хорошие	— 1	или 6%
Хорошие	—	
Удовлетворительные	— 2	или 13%
Неуспех	— 9	„ 56%
Исчезли из под наблюдения	— 4	„ 25%

Надо отметить, что в наших случаях больные с длительным заболеванием давали худшие результаты, сравнительно со свежими. Правда, ближайший успех (т.-е., до 1 года) набюдался у одного больного с 15-летней длительностью заболевания.

Особенно хороший эффект дал больной М., страдающий астмой в продолжение 6 м-цев, с типичными ежедневными приступами и эозинофилией в крови до 45%.

После двух сеансов на железы приступы прекратились, эозинофилия упала до 2%. Больной свободен от приступов 4 года.

К сожалению, таких ярких случаев в моем материале больше нет.

Возраст больных, лечившихся по методу Гасуля, от 52 до 20 лет, длительность заболевания от 25 лет до 1 года.

Распределив своих больных по категориям, мы получим следующие данные:

Ближайшие результаты (до 6 м-цев):

Значительное улучшение	— 1	или 5%
Улучшение	— 10	„ 53%
Неуспех	— 8	„ 42%.

Отдаленные результаты дают совершенно иные цифры:

Значительное улучшение	— 1	или 5%
Улучшение	— 5	„ 26%
Неуспех	— 13	„ 69%

Из 19 случаев один был исключительным по своему терапевтическому успеху.

Больная А. была прислана из амбулатории в состоянии длительного астмического приступа. Во время первого же сеанса больная почувствовала себя значительно лучше, удушье прекратилось и домой больная возвращалась, по ее словам, как здоровая. Получив 15 сеансов диатермии, больная спустя 3-ца почувствовала легкие приступы удушья, надышавшись пыли от выбиваемого на дворе тюфяка. С тех пор—ни одного приступа, больная несет тяжелую работу, которую раньше не могла исполнять.

Часть больных, значущихся у меня в стадии улучшения, я посетил на дому, при чем оказалось, что больной К., отнесенный в графу „улучшение“, через 6 м-цев имел рецидив приступов и умер в клинике САГУ от астмы. Другая больная склонна больше связывать свое выз-

доровление в течение 2-х лет с переменой квартиры, чем с диатермией селезенки и т. д. И здесь наблюдения Марума относительно длительности заболевания и успеха лечения вполне подтвердились.

Больные, отнесенные в графу „неуспех", почти все имеют большую длительность страдания и почти все испытали очень много различных способов лечения. Такие больные не испытывали даже временного облегчения.

Выводы, к которым я пришел, следующие:

1. Рентгенотерапия желез и селезенки является средством, дающим очень хороший эффект при астме—но в большем количестве случаев эффект лечения оказывается недлительным.

2. Диатермия селезенки является менее надежным средством лечения при астме, давая ближайший и отдаленный результат, значительно худший, чем рентг. терапия.

3. Рентгенотерапия дает лучший эффект в случаях свежих заболеваний.

4. Рентгенотерапия и диатермия селезенки на вторичные явления в легких влияния не оказывают.

ЛИТЕРАТУРА:

1) Гасуль—Вестник Рентгенологии 1926 г. т. IV. Врач. Дело 1926 г.; 2) Бабаев—Одесский медицинский журнал 1927 г. № 1—6 цит. по Вишневскому. 3) Кирстнер—Метод Гасуля. Клинич. медицина 1928 г. 4) Вишневский и Яблоков—Физиотерапия 1929 г. № 1. 5) Либов—Физиотерапия бронхиальн. астмы. Физиотерап. 1929 г. 6) Еменсон и Ротштейн—Журн. усовер. врачей 1927 г. № 9. 7) Арьев—Бронхиальная астма. Лгр. 1926 г. 8) Клевиц—Бронхиальная астма. Лгр. 1929 г. 9) Стром Левен—Аллергические заболевания. 1927 г. 10) Большакова—Вестник Рентг. 1926 г. т. IV. 11) Коган Ясный и Абрамович—Казанск. медиц. журнал. 1926 г. 12) Голет и Каплунова—Терапевт. архив. 1929 г. 13) Нестеров—Вестник Рентгенологии. 1926 г. том IV. 14) Bergerhoff—Strahlentherr. Rd. XXI H. 4 1926 г. 15) P. Vallery, Radot и др.—Annales de medecine т. XXIII 1928 г. № 3. 16) Parisiuses—Röntgenbehandlung inneren Krankheiten. 1926 17) P. Gilbert—Paris medicale. 1928 г. 4/II стр. 126—128. 18) Salzman—Die Röntgenbehandlung innerer Krankheiten (статья Groedel и Hossen) 1923 г. 19) Marum—Strahlenth. (статья F. Klewitz) 1926 г. Bd. III. 21) Pöhlmann—München Medic. Wochensch. 1925 г. 9/I. 22) Klewitz—Прения на с'езде терапевтов. Therap. der Gegenwart 1927 г.

К материалу о лечении эпилепсии.

Д-р Волков С. П. и д-р Ципес А. Г.

(Из Сибкрайпсихоневрологической школы-санатории для эпилептиков-детей и Сибкрайпсихолечебницы).

Нами произведена элементарная разработка 93-х таблиц припадков у эпилептиков, пользованных некоторыми обыденными методами лечения. 38 испытуемых—взрослые с явлениями общей эпилепсии, 6-ые отделения для беспокойных хроников Сибкрайпсихолечебницы и 55—в возрасте до 15 лет, воспитанники Сибкрайпсихоневрологической школы-санатории для эпилептиков-детей.

У 6—ных психолечебницы, получавших сначала бромистые препараты, вслед за этим леченных бурой, припадки стали более редкими—из 14 случаев в 9-и; у получавших сначала бромиды, потом люминал припадки стали более редкими—из 9 случаев в 4-х; у получавших сначала люминал, затем бромиды, припадки стали более частыми из 6 случаев в 4-х; у получавших сначала люминал, затем буру, припадки стали более частыми из 9 случаев в 6-ти.

У воспитанников школы-санатории для эпилептиков-детей с явлениями общей эпилепсии, вначале получавших то или иное медикаментозное лечение и затем перешедших на лечение люминалом, припадки стали более редкими—из 9 случаев в 3-х; у получавших в начале то или иное медикаментозное лечение и затем перещедших на лечение препаратами кальция, припадки стали более редкими—из 4 случаев в 3-х; в одном случае, у эпилептика с наличием монорхизма применением Броун-Секаровской жидкости не удалось вызвать урежения припадков; у детей с явлением общей эпилепсии и с наличием глистности после применения глистогонного лечения припадки стали реже—из 9 случаев в 4-х; у больных люэтической эпилепсией, после применения антилюэтического лечения, припадки стали более редкими—из 7 случаев в 5-и; у больных с явлениями общей эпилепсии, у которых соответствующими специалистами было констатировано ненормальное состояние аденоидов и произведена операция их удаления, после удаления аденоидов припадки стали реже—из 18 случаев в 13-и; у 3 б—ных с явлениями Кожевниковской эпилепсии, которым за то или иное время до поступления в санаторию была произведена операция Горслеевского типа, во время пребывания в санатории припадки все же наблюдались.

На основании нашего материала мы приводим следующие положения:

1. Лечение эпилепсии у детей вообще дает более заметный эффект, чем у взрослых и, следовательно, лечение при эпилепсии нужно начинать, как можно раньше, так как с течением времени может развиться более значительное поражение коры головного мозга.

2. Лечение при эпилепсиях должно быть по возможности точно индивидуализировано, так как эпилепсия является синдромом самой различной этиологии и патогенеза.

3. У эпилептиков с явлениями люэса следует обязательно проводить антилюэтическое лечение. У эпилептиков с явлениями глистности необходимо выводить глистов. В некоторых случаях общей эпилепсии, особенно когда отмечается ряд признаков гипопаратиреоидной конституции, может достичь урежения припадков лечение препаратами кальция.

4. У детей с явлениями общей эпилепсии, имеющих при этом ненормальное состояние аденоидов, удаление аденоидов достигает в значительном большинстве случаев урежения припадков.

5. Прекращение дачи люминала часто влечет за собой учащение припадков, несмотря на дачу в это время бромидов или буры.

6. Переход с лечения бромистыми препаратами на лечение бурой или люминалом часто достигает урежения припадков.

7. При эпилепсиях частичных Кожевниковского типа, после соответствующего оперативного лечения, припадки могут все же вновь появляться.

Случай прободения уретро-вагинальной перегородки инородным телом мочевого пузыря.

Д-р А. В. Наржный.

В „Injuries and Deseases of the Genital and Urinary Organs“ Henry Morris, дал исчерпывающее представление о причине и роде предметов, попадающих в уретру и мочевой пузырь нижеследующей фразой: „слишком длинный перечень инородных тел пришлось-бы составить, если перечислять все тела, которые вводились безумными, похотливыми, любопытными и глупыми“.

Особняком стоят описанные тоже в большом количестве случаи, когда в мочевом пузыре или уретре, при тех или иных медицинских вмешательствах, оставались куски катетеров, литотрипторов и других инструментов, лигатур, перевязочного материала и проч.

Далеко также нередки случаи, когда с целью вызывания выкидыша те или иные предметы втискивались неопытными людьми через уретру в мочевой пузырь.

Описываемый здесь случай в основе своего происхождения принадлежит к категории последних и заслуживает, по моему мнению, внимания по некоторым своеобразным особенностям в течении и исходе, и по возникающим в связи с ними вопросам.

М. А. Б. уборщица станции, 34 лет, прислана была с линии в центральную железнодорожную поликлинику в Харькове 17 сентября 1924 года ввиду заявления ее о наличии в мочевом пузыре инородного тела—костяного наконечника от резинового баллона—груши.

В поликлинике больная ex-cons. была осмотрена в тот же день и впервые прислана в жел.-дор. б-цу при отношении с пометкой: „для цистоскопии; подозрение на присутствие постороннего тела в мочевом пузыре“. В больницу, за неимением цистоскопа, М. А. Б. тогда принята не была. Также безрезультатны были посылки ее в губернские больницы Харькова.

Поэтому 18-го сентября М. А. Б. из Харькова выехала из село в 40 верстах от города. 19-го на ярмарке, после продолжительной задержки мочи ввиду долгого нахождения в толпе, почувствовала внезапно сильные, как-бы потугообразные боли, сопровождавшиеся непроизвольным выделением мочи и затем ощущением во влагалище инородного тела, вызвавшего затруднение при ходьбе и тотчас же высказала мужу свою радость в предположении, что, как она сама образно выразилась,—„верно, наконечник, таки, вылез!“.

Немедленно осмотренная местным участковым врачем М. А. Б. через ту же поликлинику снова была прислана в нашу больницу уже на предмет операции.

В больнице, со слов М. А. Б. и на основании собранных путем официальной переписки сведений, выяснилось следующее:

Еще в марте того же 1924 года, 31 числа, с целью производства себе аборта, обратилась к «бабке». Во время манипуляций у последней из «орудия производства»—резинового баллона-груши наконечник, повидимому, плохо привинченный, выскочил в глубь полового аппарата по мнению абортмахера,—в матку. После безрезультатных ручных приемов, с целью извлечения его обратно применены были обильные спринцевания. Несмотря на уверения «операторши», что наконечник вышел с промывными водами и впопыхах вылит в помойную яму, пострадавшая на следующий же день потребовала от участкового врача больничного лечения и 7 апреля отправлена была в

С. больницу, где в истории болезни за № 50 значится: «cystitis chronica, graviditas V mens.» и «прибыла с жалобами на ознобы после оставшегося будто-бы наконечника от баллона после попытки вызвать преждевременные роды». Накануне дня выписки 14/IV отмечено: «чувствует себя удовлетворительно, постоянные жалобы на небольшие боли внизу живота». Температура во все время пребывания М. А. Б. в этой больнице, кроме вечерней 10-го и 11-го, когда была 37,2 и 37,1, град. нормальна. Лечение: Sabol 0,3 x 3 и спринцевания влагалища. По словам больной, она выписалась из-за того, что «делали только спринцевания и не верили, что у меня в матке наконечник».

После больницы М. А. Б., продолжая все время состоять в должности станционной уборщицы, в общем чувствовала себя настолько удовлетворительно, что ни на один день не освобождалась от работы при продолжавшейся к тому же беременности.

Родила 30 июня на VIII месяце беременности двойню,—оба мальчики, из коих один умер через сутки, другой через трое. После родов встала на пятый день, а через две недели уже вступила в службу.

В связи с несколько усилившимися через 1—$1^1/_2$ мес. после родов явлениями, обнаружившимися у нее еще после неудачной попытки к выкидышу, не столько по собственному побуждению, сколько благодаря настоянию мужа, потребовала категорически от участкового врача отправки в Харьков „на лучи", в результате чего оказалась в нашей больнице.

М. А. Б. немного выше среднего роста, крепкого телосложения, удовлетворительного питания с хорошо развитой мускулатурой. Со стороны органов грудной и брюшной полости отклонений от нормы нет. Размеры таза нормальны. Менструирует с 14-летнего возраста через месяц по 2—3 дня, без болей. Имела шесть беременностей; за исключением вышеупомянутой все, равно как и роды, протекали нормально. Выкидышей не было. Дети—две дочери 16 и 13 лет и два сына 11 и 3 лет,—вполне здоровы. Замужем с 17 лет. Болезней в детстве не помнит, взрослой перенесла сыпной тиф; в последние три года страдает запорами по 2—3 дня.

Наружные половые органы никаких отклонений от нормы не представляют. В полости влагалища, из передней его стенки, на расстоянии приблизительно двух см. от предверья его выстоит на 1—$1^1/_2$ сант. конец инородного тела в форме костяной трубочки, с виду, действительно, напоминающий наконечник от баллона-груши; тело это плотно ущемлено в ткани и смещение его вверх или вниз с целью извлечения наружу или введения внутрь представляется невозможным. Введенный в уретру зонд наталкивается на твердое широковатое тело, обойдя которое он проникает в мочевой пузырь. Из уретры отходит моча с щелочным запахом.

Сделана была sectio alta. По вскрытии пузыря в нем обнаружен наконечник резинового баллона-груши длиной в $8^1/_2$ см., проходящий через orificium int. urethrae в последнюю и проникающий через прободенную им заднюю стенку канала и переднюю стенку влагалища в полость последнего, выступая туда своим концом; диаметр торчащего в пузыре конца $^3/_4$ см., он представляет собой усеченный конус со скошенными по направлению к отверстию наружными стенками, почему по окружности его края как-бы заострены; другой конец, с винтовой нарезкой, имеет цилиндрическую форму с довольно толстым тупым краем. На расстоянии около $1^1/_2$ см. от переднего конца наконечник по всей окружности утончен, образуя перехват, начиная от которого на всем своем протяжении до заднего отверстия покрыт фосфорно-кислыми солями, придающими ему форму веретена с диаметром в наиболее толстой части более $1^1/_2$ сантиметра. Слизистая мочевого пузыря равномерно резко гиперемирована, стенки его несколько утолщены.

Через суженную швами операционную рану был введен сифонный дренаж, который удален окончательно на восьмой день после операции. Боковое положение больной. Ежедневные перевязки и промывания пузыря раствором kalii hypermang, через рану, а с 9-го дня через уретру. До 16-го дня катетер a demeure. С 17-го дня при промывании через уретру (катетер),—жидкость через операционную рану уже не выделялась, и больная сама мочилась нормально. На 22 день ей разрешено вставать с кровати, на 27 промывание пузыря прекращено. На 33-й, ввиду настойчивого требования, была выписана с почти совершенно зажившей операционной раной при наличии лишь несколько учащенного, чем это было до случая в марте, мочеиспускания.

Свищ от прободения наконечником при выписке на протяжении своего внутреннего отрезка совершенно непроходим, представляя собой со стороны vaginae слепой ход глубиной в $1^1/_2$ см., пропускающий лишь самый тонкий круглый зонд. Перед выпиской он несколько раз был туширован arg. nitric. in subst. и, по официальному сообщению участкового врача, вскоре по прибытии больной к себе домой совершенно закрылся.

Через год 8 мес. после выписки из больницы М. А. Б. забеременела и родила в срок снова двойню вполне доношенных мальчиков. Менструации до последней беременности и после нее, как и раньше; беременность и роды, как и первые пять,

протекали нормально. До последней беременности, когда пришла для установления таковой к участковому врачу, кроме нескольких посещений в первые 1—1½ месяца после выписки из б-цы, за врачебной помощью не обращалась.

До 1928 года несла прежнюю службу уборщицы ст. К. (затем потеряна из виду) и никаких ненормальностей со стороны мочеполовой системы не отмечала. Половая жизнь протекала нормально.

Если повреждения женской уретры не особенно редки, являясь результатом небрежно проведенных родов при несоответствии размеров головки плода и таза роженицы, то прободение уретры инородными телами изнутри ее—явление исключительное, И. Х. Дзирне, напр., видел застревание их у женщин лишь два раза: один раз это был кусочек ущемленной шпильки, покрытый толстым слоем мочекислых солей, в другой—щавелевокислый камень, величиной в лесной орех, остановившийся в самом начале канала.

В „Руководстве по женским болезням" проф. Л. А. Кривского от 78 до 97% общего числа мочеполовых свищей относится к акушерской группе; 2—20% являются результатами поранений при хирургических операциях и лишь в 1—5% случаев отмечаются свищи другого происхождения.

Самопроизвольное выхождение длинных инородных тел из пузыря через уретру, по Casper'у, почти исключается, т. к. очень скоро образующаяся инкрустация до того увеличивает об'ем тела, что оно не в состоянии пройти через канал.

Что касается инкрустаций вообще и времени ее образования, то Trouve в клинике Gujon'a наблюдал таковые при введении в пузырь целлюлоидной шпильки уже через 4 дня. Проф. Н. И. Подрез неоднократно видел пролежавшие не более 3-х дней в пузыре марлевые тампоны покрытыми солями, твердые, как-бы кальцинированные. С другой стороны, наблюдались случаи весьма долгого отсутствия отложений солей на инородном теле в мочевом пузыре, как, например, в случае Nicoladoni, в котором булавка, пролежавшая в пузыре 14 дней, совершенно не была инструстирована. Philips удалил из мочевого пузыря два обломка гутаперчевого зонда совершенно без отложений, несмотря на почти двухлетнее их пребывание в пузыре.

Не подвергающимися инкрустации по Civiall'ю и Philips'у являются свинцовые и гутаперчевые предметы. В общем нужно считать, что образование инкрустаций зависит от состава предмета, вида и состояния его поверхности, состояния стенок пузыря и от состава мочи.

В 1911 г. Л. А. Крепсом был описан случай самопроизвольного выхождения через уретру у женщины длинного инородного тела из пузыря, при чем больная после повторных перед тем приемов уротропина и спорынь почувствовала, при приступах сильных болей и ощущении потуг, давление чего-то постороннего, твердого, появившегося внизу, и, ощупав этот предмет руками, извлекла торчавший из уретры эластический буж, пролежавший у нее в пузыре около года. Отложений на нем почти не было.

Сопоставляя случай М. А. Б. с только что приведенными краткими справками, прежде, чем перейти к дальнейшему, остановимся на выводах Gujon'a, Moriss'a и друг. о взаимоотношениях, возникающих между пузырем и инородными попадающими в него извне телами.

Gujon, на основании клинических наблюдений, предполагал, что некоторые инородные тела, имеющие удлиненную форму, при том или ином состоянии пузыря упирающиеся своими концами в стенки его, если только они (инород. тела) остаются подвижными, приспособляются

под влиянием сокращения пузыря так же, как плод приспособляется в полости матки. Выводы его после экспериментальных работ его ученика Hericht'a уложены в нижеследующие положения, подтвержденные впоследствии другими авторами:

1. Поперечный диаметр мочевого пузыря оказывается наиболее постоянным,—он один сохраняется, когда пузырь совершенно пуст. Этим об'ясняется, что инородные тела, длина которых не превосходит длины мочевого пузыря, могут в нем приспособляться.

2. По мере того, как растягивается пузырь, диаметры его увеличиваются, и он принимает шаровидную форму; при этом наибольшей величины (максимум 10 стм) раньше всего достигает поперечный диаметр.

3. Максимальный поперечный диаметр находится приблизительно на одинаковом расстоянии от верхушки пузыря, каковы-бы ни были ее размеры, и от области шейки или может быть несколько ближе к последней.

4. Твердые инородные тела, длина которых равна 12 стм. и больше, могут поместиться только в растянутом пузыре, при чем они располагаются в продольном или косом направлении.

5. Инородные тела длиной в 6—8 стм., а также мягкие тела, которые скручиваются (подобно тонким бужам), имеют обыкновенно наклонность принимать определенное положение, а именно, располагаются по направлению поперечного диаметра. Если они остаются подвижными, то располагаются по упомянутому диаметру над шейкой пузыря. Когда пузырь, наполняясь, более или менее растягивается, то они могут принять неопределенное положение, продольное или косое, или иногда также наклонное книзу, при чем один конец их находится вблизи шейки пузыря. При опорожнении пузыря они вновь принимают поперечное положение, в каковом большею частью и остаются, хотя бы пузырь и был затем наполнен. Они могут колыхаться, если удельный вес их и степень растяжения пузыря допускает это; но это наблюдается очень редко, потому что даже полые тела, например, обломки катетера, помещаются всегда в дне пузыря.

Gujon'ом—же описаны, т. наз., частичные сокращения пузыря, которые могут наблюдаться в разных местах, как в верхушке, так и в дне пузыря, или вблизи шейки. Он говорит, что чаще всего эти сокращения встречаются вблизи шейки и при том как в ее собственном мышечном слое, так и по бокам ее, а также в области дна пузыря. Он подчеркивает, что особенно часто частичные сокращения наблюдаются в тех случаях, когда мочевой пузырь растянут и находится в состоянии хронического воспаления. Они легко появляются, если чрезмерным растяжением пузыря возбудить сократительность мышечного слоя его; при этом они нередко наступают одновременно во многих местах и держатся долгое время, так как иногда из-за них приходится отказываться от производства операции.

Если вспомнить, при каких обстоятельствах произошло у нашей больной прохождение инородного тела из пузыря, то вставление его в Orificium int. urethrae вполне может быть об'яснено только что сказанным о частичных сокращениях и 5-ю положениями Gujon'a. Тем же, с дополнением нижеприводимого, мне кажется, легко об'яснить себе акт дальнейшего продвижения наконечника, resp. прободение им уретры и влагалища.

Женская уретра соответствует собственно одной перепончатой части уретры мужчины; имея от 3,0 до 5,0 см. длины, она весьма растяжима, почему прежде практиковалось введение через нее пальца в пузырь, нередко без к-л. вредных последствий для исследовавшихся. В сагитальном разрезе уретра женщины образует небольшой изгиб кпереди и, проходя по передней стенке влагалища, соединена с последней в верхнем своем отрезке рыхло, в остальных же частях весьма интимно.

По И. Х. Дзирне самым узким местом ее является наружное отверстие; наоборот, ближе к пузырю она образует значительное воронкообразное расширение, переходящее в шейку пузыря. Таким образом, изгиб уретры, хотя и незначительный, при известном направлении инородного тела, идущего из мочевого пузыря, является ему препятствием которое должно быть преодолено. Препятствие это в смысле его изгиба может быть усилено инородным же телом, так сказать, искусственно, в зависимости от того, какою будет его направляющая линия, которая зависит в известных случаях от вышеупомянутых частичных сокращений пузыря, положения самого инородного тела и от состояния матки, кишечника и проч.

Вспомним, что вместимость мочевого пузыря регулируется чувствительностью его слизистой, почему в норме он начинает физиологически сокращаться лишь при определенном, довольно значительном растяжении мочей; при воспалении же его уже малое количество последней вызывает весьма сильное, даже резко судорожное сокращение. В этом смысле Gujon и говорит, что вместимость пузыря есть величина не анатомическая, а физиологическая.

Точно так же общеизвестен факт, что нормально слизистая пузыря мало чувствительна и к прикосновению инструментов, вводимых в пузырь, и не реагирует на них ни ощущением боли, ни позывами на мочеиспускание. По этой же причине здоровый пузырь относится индиферентно к присутствию в нем камней и, до поры до времени, зачастую подолгу, инородных тел, введенных в него извне.

Учитывая все вышеизложенное и представив себе обстановку, при которой у нашей больной произошло выхождение наконечника из мочевого пузыря, а именно, чрезмерное растяжение, в связи с длительным переполнением его, мы должны притти к заключению, что: 1) налицо были все предпосылки для энергичного сокращения пузыря и 2) прободение произошло именно благодаря этому последнему внезапно, а не в результате образовавшегося от длительного давления из'язвления. В последнем не может быть сомнения еще и потому, что инородное тело шло по уретре. Подтверждение правильности такого заключения мы находим в описаниях случаев, когда во время литотрипсии у хронических циститиков болезненная спазматическая сократительность пузыря не давала возможности открыть инструмент, или когда стенка пузыря впячивалась при открытии литотриптора между его ветвями и делала невозможным их сближение. Gujon в своих «Клинических лекциях» неоднократно упоминает о таких фактах.

Что прободение у М. А. Б. было результатом судорожного одномоментного сокращения пузыря нас убеждает, помимо хода заболевания, и внешний вид прободенных тканей, и исход поражнения.

В описанном случае, мне кажется, должно отметить:

1. Цель, способ и причины введения инородного тела в мочевой пузырь, что в гинекологической практике должно иметь известное зна-

чение, принимая во внимание многочисленные со стороны кого угодно и чем попало попытки к прерыванию беременности[1]).

2. В течение очень долгого времени вполне удовлетворительное состояние больной при наличии несомненного для нее факта присутствия в мочевом пузыре инородного тела.

3. Отрицание такового врачами амбулатории и больницы при настойчивом уверении их больной в обратном.

4. Величина и форма „самостоятельно" вышедшего из пузыря через уретру инородного тела.

5. Обратное выхождение инородного тела концом, которым за полгода до того оно было введено в пузырь, т. е., следовательно, после сделанного поворота на 180°, при чем более легкий конец шел вниз и вперед, имея более тяжелый и широкий сзади и выше, что по законам физики, казалось бы, совершенно исключалось.

6. Быстрое, под влиянием как бы толчка от спазматического сокращения пузыря, прободение инородным телом уретры и влагалищной стенки с выхождением конца во влагалище.

7. Благоприятный исход заболевания при незаконченном больничном лечении вследствие настойчивого требования больной о выписке, особенно приняв во внимание мытарства в течение полугода больной по поводу происшедшего с нею.

8. Каждый гинеколог должен обладать некоторыми, довольно значительными, знаниями и методикой в области урологии и всегда иметь в виду возможность подобных описанному казусов.

9. Гинекологические больницы и отделения должны быть оборудованы всем необходимым для производства основных урологических операций.

10. Случаи прободения мочевого пузыря длинными инородными телами извнутри его куда бы то ни было должно разграничивать на происходящие: а) от длительного давления и б) вследствие спазматического одномоментного сокращения пузыря, к каковым, к примеру, относится описанный случай, а также случай А. Л. Крепса, в котором не было прободения, надо думать, лишь потому, что при нем инородное тело все-таки сохранило значительную эластичность.

ЛИТЕРАТУРНЫЕ ИСТОЧНИКИ.

1. Ануфриев А. А.—Выпадение слизистой оболочки женского мочеиспускательного канала. 2) Воскресенский Г. Д.—Урология—ГИЗ. М. 1924. 3) Gujon—Клинические лекции о болезнях мочевых путей. 4) Дзирне И. Х.—Оперативная урология. П. 1914. 5) Casper—Учебных урология со включением болезней мужских половых органов. 6) Крепс А. Л.—К вопросу об инородных телах в мочевом пузыре—Врач. Газ. 1911 г. 7) Кривский Л. А.—Руководство по женским болезням. Л. 1927. 8) Küstner—Учебник гинекологии. 9) Михайлов Н. А.—Диагностика и терапия заболеваний мочевых и половых органов. 10) Morris—Болезни и повреждения половых и мочевых органов. 11) Nicaladoni. Wien. med. Woch. 1886. 12) Подрез Н. И.—Хирургические болезни мочевых и половых органов. 13) Тихов П. И.—Частная хирургия. 14) Хольцов Б. Н.—Исследование мочеполовых органов. 15) Schwalbe—Терапевтическая техника для врачебной практики.

*) В 1926 году мне пришлось удалить из полости матки кусок «корешка», оказавшегося цветущей петрушкой, которая, повидимому, действует на подобие ламинария, tupelo и т. под. Больная, категорически отрицавшая искусственность выкидыша, признала таковой лишь, когда у меня в руках было, так сказать, вещественное доказательство, явившееся для всех неожиданной находкой. Только тогда она пояснила, что о «заразе» не может быть и речи, т. к. «корешок» перед употреблением обдавался кипятком (!).

К оценке метеорологических факторов солнцелечения в г. Ташкенте[1]).

И. Байдиков.

(Самарканд).

Сущность солнцелечения, как известно, заключается в том, что обнаженный человеческий организм подвергается воздействию лучистой солнечной энергии, которая, поглощаясь организмом, расходуется в нем на фото-химические и физиологические реакции, вызывающие определенный терапевтический эффект.

Поскольку, однако, солнечную ванну приходится принимать в воздушной среде, человеческий организм подвергается дополнительному влиянию состояния этой среды, главным образом, ее температуры, влажности и движения воздуха.

Таким образом, всякая солнечная ванна представляет собою комбинированное одновременное воздействие на обнаженный человеческий организм лучистой энергии солнца и окружающих метеорологических условий.

Принято считать, что основной терапевтический эффект дает солнечный луч и именно его ультра-фиолетовая часть. „Ультра-фиолетовые лучи обладают фото-химическими и фото-электрическими свойствами, они обуславливают целый ряд химических процессов характера, как синтеза, так и разложения, превращают кислород воздуха в озон, обладают резким бактерицидным действием, ослабляют или совершенно разрушают токсины. Их общее действие на организм можно охарактеризовать, как тонизирующее и возбуждающее. Они увеличивают число эритроцитов в крови, увеличивают способность организма усваивать железо, ртуть, мышьяк, кальций и фосфор, уменьшают количество сахара (глюкозы) в крови. На нервную систему действуют успокаивающим образом — уменьшают боли, стимулируют эндокринные железы“[2]). Словом, являются могущественным фактором воздействия на человеческий организм.

Физическому состоянию среды, в которой принимают солнечную ванну, отводится обычно более скромная роль — регулировать теплообмен человеческого организма с окружающим воздухом. Как известно, большая часть поглощаемых организмом солнечных лучей превращается в тепловую энергию, только незначительная часть идет на фото-химические и физиологические реакции, поэтому в результате солнечной ванны должен являться перегрев человеческого организма и повышение

[1]) Доложено 12/V 1928 г. на Научном Совещании Ср.-Аз. Метеорол. Института и в марте 1929 г. на заседании Научной ассоциации врачей г. Самарканда.

[2]) «Показания и противопоказания к курортному лечению». Под редакцией Н. М. Кишкина. Москва 1926 г.

его температуры. О величине этого перегрева Бойко, делая подсчет теплового баланса солнечной ванны в Евпатории, говорит: „пятидесятилетний мужчина плотного сложения может поглотить своим телом 465 кгр. калорий, которых будет достаточно для нагрева 10 ф. воды до температуры в 100°; равномерное распределение тепла по всему организму дало бы за час солнечной ванны на каждый килограмм веса от 5 до 11 больших калорий..., мы получим повышение температуры больного на 5—11° выше нормы в 37°, т.-е., прямую угрозу смерти от теплового удара[1]).

Для нормального теплоощущения этот избыток тепла должен быть из человеческого организма удален. Потеря тепла происходит обычно путем испарения, лучеиспускания и конвекции. Интенсивность этой потери зависит в значительной мере от метеорологических условий данного момента. Так, испарение с поверхности человеческого тела обуславливается преимущественно гигрометрическим состоянием воздуха; теплоизлучение зависит от температуры воздуха, а теплоотдача путем конвекции—преимущественно от движения воздуха. Правда, эта теплоотдача зависит и от других факторов, как физического, так и физиологического порядка, но метеорологические факторы играют при этом главенствующую роль. И если они благоприятствуют потере излишнего тепла организмом, то нормальный теплообмен наступает быстро, и человек не подвергается вредному влиянию перегрева и наоборот. Физическое состояние среды, главным образом, и регулирует этот теплообмен организма с воздухом, являясь неотъемлемой составной частью солнечной ванны.

Необходимо, однако, указать, что некоторые исследователи отнюдь не склонны придавать метеорологическим факторам при солнцелечении подсобную роль. Д-р Яковенко, работающий в этой области, считает, что главным фактором климатического лечения надо принять не только ультрафиолетовый свет в солнечной радиации, но и движение воздуха. „На ряду с ультрафиолетовыми лучами раздражителем для симпатической нервной системы является охлаждение поверхности кожи у человека, производимое умеренным движением воздуха“... „повышение обмена у человека, которое вызывается небольшим и приятным охлаждением тела посредством движения воздуха, а также ультрафиолетовыми лучами нужно рассматривать, как лечебный фактор[2])“.

Таким образом, при оценке физических факторов солнцелечения приходится принимать во внимание не только солнечную энергию, но и метеорологические условия, в которых проходит солнцелечение,— температуру воздуха, его влажность и движение.

Для освещения метеорологической стороны солнцелечения в условиях гор. Ташкента летом 1927 года на солярии при Университетской клинике были поставлены специальные метеорологические наблюдения. Эти наблюдения носили ориентировочный характер, а потому охватили не весь сезон солнцелечения, а только часть его, при чем самые наблюдения не отличались той полнотой, которая требовалась бы при детальном освещении этого вопроса. Но все же материалы, полученные в результате этих исследований, представляют настолько значительный интерес, что мы решили их опубликовать.

---

[1]) А. Н. Бойко. «Физическая сторона солнцелечения». Журнал «Курортное дело» № 1 за 1926 год.

[2]) Д-р В. А. Яковенко. «Действие воздушно-солнечных ванн на газообмен у человека». «Курортное дело» 1927 г. № 6.

Для учета солнечной радиации в солярии на высоте 1-го метра от поверхности почвы был установлен актиноскоп Араго-Дэви. Отсчеты по нему делались три раза в день — в 9 час. утра, в 1 час дня и в 4 часа вечера. Время отсчетов было согласовано с временем начала и конца функционирования солнцелечебницы. Ежечасных отсчетов, к сожалению, не делалось.

Учет температуры и влажности производился психромером Ассмана, устанавливаемым на высоте 1 метра от поверхности почвы. Эта высота была взята применительно к высоте головы больного, принимающего солнечную ванну в лежачем положении (на особой переносной деревянной кровати). От обычной общепринятой установки на высоте 2 метров мы отказались сознательно, так как она, как известно, не может характеризовать те реальные условия температуры и влажности, в которых находится больной. На высоте 1 метра был установлен, кроме того, термограф для регистрации суточного хода температуры.

Для учета движения воздуха на той же высоте 1 метра от поверхности почвы был установлен анемометр Фусса.

Отсчеты по психрометру Ассмана и анемометру Фусса производились также в 9 ч. утра, 1 ч. дня и 4 ч. пополудни.

Солярий, на котором производились указанные наблюдения, представлял собой площадку, окруженную небольшим забором высотою около метра. Площадка помещалась на берегу р. Салара. Таким образом, солярий представлял собою подобие речного пляжа.

Результаты наблюдений по актиноскопу Араго-Дэви приводятся в таблице I, представляющей собою средние за декаду ежечасных сумм тепла в промежуток времени от 9 ч. утра до 4 ч. пополудни.

Средние за декаду часовые суммы тепла в малых калориях.

Табл. I.

Месяц	Декады	Часы						
		9—10	10—11	11—12	12—1	1—2	2—3	3—4
Июль	III	118,80	132,60	139,80	142,80	139,80	134,40	122,40
Август	I	102,60	115,80	122,40	124,20	123,00	121,80	119,40
	II	107,40	115,20	120,60	122,40	122,40	121,20	117,60
	III	105,60	117,00	122,40	124,00	121,20	117,60	112,80

Данные ежедневных наблюдений приложены в особой таблице в конце текста. Не касаясь пока оценки приведенных данных, считаем необходимым обратить внимание на следующие особенности хода кривой сумм тепла: от утренних часов к полуденным кривая имеет нормальный крутой под'ем, от полуденных же к вечерним спуск кривой более пологий (особенно в первые три декады).

Такого рода явление—максимум солнечной радиации в послеполуденные часы или замедленное ее падение в эти часы—имеет свое физическое об'яснение, касаться которого мы здесь не будем. Но, при оценке физических факторов солнцелечения в те или иные часы суток, это явление необходимо иметь в виду.

Данные измерений температуры мы приведем в виде таблицы повторяемости тех или иных ее величин за все время наблюдений.

Подробные таблицы наблюдений приложены в конце статьи.

Повторяемости температур за время наблюдений на солярии.

Табл. II.

Часы	20—25	25—30	30—35	35—40	> 40
9 час.	16	21	6	—	—
1 «	—	4	26	15	4
4 «	—	3	15	20	1

Таким образом, в утренние часы температура колебалась в пределах 20—34°, при чем большее число случаев наблюдалось в пределах 25—30°. В дневные часы колебания ее от 25 до 42°, наибольшее число случаев—от 30 до 40°; в полуденные часы колебания в пределах от 25 до 42° с наибольшим числом случаев опять таки в пределах 30—40°.

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что в часовой срок из 42 случаев 11 случаев, т.-е., около 26%, было с температурой выше т-ры тела, т.-е., выше 37°, в послеполуденные часы таких случаев было 11, т.-е., также около 26%. Человеческий организм, следовательно, в эти часы получал тепло не только непосредственно от солнца, но и от окружающего воздуха.

Данные наблюдений над относительной влажностью и движением воздуха приводятся в таблице III и IV.

Повторяемость относительной влажности за время наблюдений на солярии.

Табл. III.

Часы	Относительная влажность								
	10—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—90	91—100
9 ч. утра .	3	4	11	6	5	4	7	—	—
1 ч. дня .	21	13	5	—	—	—	—	—	—
4 ч. пополуд.	11	19	5	—	—	—	—	—	—

Повторяемость ветров в солярии на высоте 1 метра.

Табл. IV.

Часы	Метры в минуту					
	25	25—50	50—100	100—200	200—300	300
9 час.	4	19	17	9	—	—
1 »	1	10	33	10	—	—
4 »	6	15	27	4	—	—

Как видно из таблицы, наибольшей повторяемостью являются ветры силою от 50 до 100 метров в минуту[1]). Эти ветры настолько малы, что в обыденной жизни почти не чувствуются; сила их такова, что они только слегка отклоняют дым и почти не шевелят листья деревьев. Вне всякого сомнения, обычный анемометр Фусса является довольно грубым прибором для учета движения воздуха на солярии. В этом отношении гораздо целесообразнее пользоваться като-термометром Хилла, который дает возможность учесть движение воздуха, менее одного метра в секунду. В процессах же охлаждения человеческого тела эти скорости, надо полагать, играют значительную роль.

„В руках опытного метеоролога", говорит А. Н. Бойко[2]) „данные о температуре воздуха, влажности, осадках, облачности, барометрического давления, скорости ветра, записи актинометрических приборов в форме средних величин суточных, мясячных и годовых, являются очень ценным материалом для сравнительной характеристики местного климата. Но они мало говорят об ощущении человека, перенесенного на время лечения из другой климатической обстановки. Еще меньше могут они сказать о самочувствии обнаженного человека, принимающего солнечную ванну".

Действительно, чтобы на основании приведенных данных сделать оценку физических факторов солнцелечения, необходимо знать, как реагирует человеческий организм на изменения этих факторов. Если эта реакция нормальна, т.-е., не вызывает нарушения нормального течения жизненных процессов, влекущих за собою болезнь организма, то изменения этих факторов необходимо признать для человека нормальными и наоборот.

Показателем нормального течения жизненных процессов может служить самочувствие человека. Одним из слагаемых этого самочувствия является тепловое ощущение, как реакция на раздражение, вызываемое метеорологическими условиями.

Тепловое же ощущение обусловливается, с одной стороны, внутренним теплообразованием и притоком тепла извне и, с другой стороны, отдачей излишка тепла окружающему воздуху. Солнечная радиация, работа организма и температура воздуха, если она выше т-ры человеческого организма, будут являться главнейшими источниками нагревания его. Отдача же тепла, как уже указывалось, происходит тремя путями—испарением (при потовыделении), излучением и конвекцией. Интенсивность этой отдачи, т.-е., интенсивность процессов испарения, излучения и конвекции, определяется состоянием относительной влажности воздуха, его т-рой и движением воздуха. При относительной влажности в 100%, т.-е., при полном насыщении его парами, при отсутствии движения воздуха и при температуре его выше, чем температура человеческого организма, теплоотдачи не будет совсем—организм будет нагреваться; при понижении относительной влажности начнется отдача тепла путем испарения, при движении воздуха—путем конвекции, и при понижении температуры—путем излучения. При некотором определенном сочетании всех факторов, обусловливающих как приток тепловой энергии, так и отдачу ее, наступает

---

[1]) В метеорологии принято определять скорость движения воздуха в метрах в секунду, т.-е., 25 м. в минуту = 0,4 м. в секунду, 50 м/м=0,8 м/с, 100 м/м=1,7 м/с, 200 м/м = 3,4 м/с.

[2]) А. Н. Бойко. „Методы оценки климата солнечного курорта" Курортное Дело № 4, 1927 г.

тепловое равновесие и нормальное теплоощущение. Последнее, таким образом, зависит не от одного какого-либо фактора, а от суммы и определенного сочетания их. В силу этого, одно показание сухого термометра ни в коей мере не может характеризовать теплоощущение человека. Действительно, одна и таже температура в 40^0 не одинаково воспринимается нами в тени при сухом воздухе, характерном для наших средне-азиатских условий, и воздухе, насыщенном парами, как это может быть на берегу моря при безветрии. В первом случае мы перенесем ее сравнительно безболезненно, так как низкая относительная влажность способствует отдаче излишнего тепла путем испарения: во втором случае мы будем ощущать „духоту" и тяжесть, которые исчезнут, как только подует ветерок, т. к. он начнет уносить излишек тепла.

Если при определенном состоянии метеорологических факторов человеческий организм поместить „на солнце", т.-е., подвергнуть воздействию солнечных лучей, то определенное тепловое ощущение изменится, т. к. прибавится новый фактор нагревания человеческого организма— солнечная радиация, и необходимо более интенсивное проявление условий, способствующих теплоотдаче, чтобы сохранить то же самое тепловое ощущение. В этом случае в обывательской среде часто для характеристики теплового ощущения пользуются „температурой на солнце", т.-е., показаниями термометра, выставленного под прямые солнечные лучи. Нет необходимости доказывать, что при этих условиях термометр не характеризует не только тепловое ощущение человека, но и даже и температуру той среды, которая может вызвать это ощущение, т. к. показания термометра „на солнце" есть показания случайные, (характеризующие скорее всего температуру самого термометра).

Таким образом, чтобы выразить тепловое ощущение человека в тени, необходимо принять во внимание три фактора—температуру воздуха, его влажность и движение; чтобы выразить тепловое ощущение на солнце, необходимо прибавить четвертый фактор—солнечную радиацию. При этом показание только одного какого-либо фактора не будет характеризовать теплоощущение человека, для характеристики последнего необходимо принимать показание всей совокупности факторов.

Для выражения теплового ощущения в тени одним числовым показателем, включающим в себя сумму всех трех факторов, исследованиями американцев разработана шкала т. н. „эффективных т-р" (т-ры, дающие одинаковый эффект в смысле теплоощущений). Эта шкала выражается обычной термометрической шкалой Цельсия, но в градусах эффективной т-ры. Каждому градусу соответствует определенное тепловое ощущение человеческого организма в тени. Изменение эффективной т-ры характеризует собою и изменение теплоощущения, и, вместе с тем, оно же вызывает, что особенно важно, изменение и в физиологических реакциях организма, как-то, колебания числа ударов пульса, изменение температуры тела, его веса.

Каждому градусу эффективной температуры соответствует многочисленные комбинация т-ры, влажности воздуха и его движения, вызывающих одно и тоже ощущение. Благодаря шкале „эффективных температур" удалось комплексы метеорологических факторов, обусловливающих самочувствие человека, выражать незначительным рядом чисел обычной термометрической шкалы.

Шкала эффективных температур разработана экспериментальным путем в особых психрометрических камерах, в которых помощью сложной системы приспособлений искусственно создавались те или иные

комбинации т-ры, влажности и движения воздуха, и определялась реакция человеческого организма на эти комбинации, как в смысле самочувствия, так и в смысле физиологических проявлений организма. Помощью разработанных таблиц и графиков комбинации т-ры, влажности и движения воздуха можно перевести в градусы эффективных температур, выразив таким образом эти комбинации одним числом. Этими экспериментальными исследованиями разработаны две шкалы—„основная“ для людей, обнаженных до пояса, и „нормальная“ для людей, одетых нормально и производящих легкую работу. В нормальной шкале (для людей одетых нормально) эффективных т-р выделяется определенная градация эффективных температур от „17,2“ до „21,7“, при которой большинство американцев, нормально одетых, чувствуют себя нормально. Это так называемая зона „комфорта“. В этой градации „комфортных“ эффективных температур мы можем встретить следующие, например, комбинации т-ры, наблюдаемой по сухому термометру, влажности и движения ветра.

Относительная влажность в %%	Неподвижн. воздух	Скорость 0,25 мет. в сек.	Скорость 0,50 мет. в сек.	Скорость 1,0 мет. в сек.	Скорость 1,5 мет. в сек.	Скорость 2 метра в сек.
100	17,8	19,6	21,0	22,6	23,7	25,3
90	18,3	20,1	21,4	23,1	24,1	25,7
80	18,9	20,6	21,9	23,5	24,5	26,1
70	19,5	21,1	22,4	23,9	25,0	26,6
60	20,1	21,7	22,9	24,4	25,5	27,6
50	20,7	22,4	23,5	25,0	25,8	27,4
40	21,4	23,0	24,1	25,5	26,3	27,8
30	22,3	23,6	24,7	26,0	26,8	28,2
20	23,2	24,4	25,4	26,4	27,2	28,6

Все эти комбинации выражаются всего одной цифрой 17,8 эф. т-р.

Шкала „эффективных температур“ дает прекрасный метод для оценки климатических особенностей какого-либо места с точки зрения влияния их на самочувствие человека, на его теплоощущение.

В этом отношении он широко может быть использован для оценки, напр., курортов. Он же дает возможность подойти к оценке метеорологических факторов солнцелечения.

Для того, чтобы использовать метод эффективных температур для оценки климатических особенностей солярия при Ташкентской клинике, мы полученный материал наблюдений над т-рой, влажностью и движением воздуха перевели помощью таблиц и графиков в эффективные т-ры „основной“ шкалы.

Данные обработки показали, что „эффективная т-ра“ в период наблюдений колебалась в пределах 10^0—29^0 градусов.

Повторяемость „эффективных температур“ выявляется в следующей табличке.

	2	4	4	2	4	4	2
	10—12	12—16	16—18	18—20	20—24	24—28	28—30
9 ч. утра . .	4	6	3	9	12	2	1
1 ч. дня . . .	—	—	—	4	15	21	1
4 ч. вечера . .	—	—	—	1	13	17	3

Таким образом, все комбинации температуры, влажности и движения воздуха, наблюдавшиеся в дни отсчетов термометров на солярии, могли вызвать в тени 19 различных тепловых ощущений, характеризующиеся 19-ю различными градусами шкалы эффективных т-р. Приведенные эквивалентно-эффективные [1]) т-ры характеризовали те ощущения, которые испытывали бы обнаженные больные, сидя на площадке под навесом, защищающим их тела от воздействия прямых солнечных лучей. Это те ощущения, которые вызывались бы только исключительно метеорологическим состоянием воздуха, они складываются, с одной стороны, из прихода тепла, вырабатываемого самим организмом, и иногда добавочного тепла, получаемого им извне при т-ре воздуха выше т-ры тела, и из расхода тепла, теряемого путем испарения, излучения и конвекции. Разность этого теплоприхода и расхода характеризуется тепловым ощущением.

„На солнце“, под прямым воздействием его, человеческий организм начинает получать добавочное тепло, поглощаемое обнаженным телом, но расход его регулируется попрежнему тем же состоянием метеорологических элементов, которое наблюдается и в то время, когда больной находится в тени. Тепловое ощущение под влиянием добавочного фактора меняется. Нужно новое изменение эффективной температуры в сторону понижения, чтобы это ощущение осталось тоже самое, как и в тени, нужно добавочное охлаждение организма, создаваемое изменением т-ры, влажности и, главным образом, движением воздуха. Движение воздуха является основным фактором, регулирующим тепловое ощущение на солярии. Посмотрим, однако, насколько наблюдавшиеся на Ташкентском солярии эффективные т-ры способствуют созданию этих охлаждающих условий, насколько они являются нормальными при том напряжении солнечной энергии, которое там наблюдалось.

Для того, чтобы получить исчерпывающий ответ на этот вопрос, следовало бы параллельно метеорологическим наблюдениям вести клинические наблюдения над состоянием больного. На крымских курортах в последнее время такие наблюдения и ведутся. Параллельных наблюдений на солярии в Ташкенте не производилось, поэтому к оценке наблюденных эффективных т-р приходится подойти косвенным путем.

Предположим, что богатства солнечной энергии здесь у нас в Ташкенте такие же, как и в Крыму, хотя бы в Евпатории, т-е., приток те-

[1]) Линии эффективных температур в подвижном воздухе носят название линий эквивалентно-эффективных температур

пла извне в организм человека один и тот же. Являются ли наши эффективные т-ры для Крыма приемлемыми? Д-р Яковенко, работающий в этой области и популязировавший учение об эффективных т-рах у нас в России, говорит, что для практического применения учения об эффективных т-рах необходимо „путем систематических наблюдений на курортах установить оптимальные эффективные т-ры для людей в тени и на солнце.“ В этом деле, повидимому, решающее значение может дать изучение газообмена и самочувствия у больных и отдыхающих при действии различных климатических факторов. Работы многих авторов (O. Kestner, Fr. Peemöller, K. Plaut, C. Häberlin, Fr. Lehman и др.) показали, что обмен у человека во время воздушно-солнечных ванн на морском пляже, в большинстве случаев, повышается. Это повышение обмена следует расматривать, как важнейший лечебный фактор климатического лечения(O. Kestnez, F. Dannweyer и др). Поэтому во время воздушно-солнечных ванн невбходимо стремиться к тому, чтобы получить указанное повышения обмена у больных и отдыхающих. Наблюдение американцев (Connell, Vaglou и Fulton) в экспериментальных камерах, а также мои опыты летом 1926 года на морском пляже в Евпатории, показали, что газообмен у человека повышается приблизительно при 16—18°. С эффективной тары и ниже а выше понижается, а затем при высоких температурах воздуха вновь начинает повышаться, вследствие опасного перепревания организма, и что наилучшее самочувствие у больных, находящихся на морском пляже во время солнечной ванны, наблюдается в пределах эффективных тр. 14 – 18°). А. Н. Бойко, работавший в области оценки климата солнечного курорта, как физик, в одной из своих работ говорит: „следует вспомнить, что комфортная зона эффективных т-р. т.-е., тех моментов, когда у нормально одетых людей теплоотдача идет привычным образом, лежит в пределах от 17,2 до 21,7° Э. Т. Нормальные условия для солнечных ванн лежат значительно ниже 7,0° в области заметного охлаждения со стороны воздуха“. [2]) По наблюдениям на курорте Евпатория в 1926 году, нормальными днями Бойко считает дни с эффективной температурой от 12 до 16,5°, жаркими днями от 16,5° до 25° Э. Т. [3]). К этим выводам Бойко пришел не только путем параллельных клинических наблюдений, но и путем анализа соотношений между радиацией, измеренной актинометрическими приборами, и величиной охлаждения, измеренной кататермометрами (соотношения выводились между двумя метеорологическими факторами, биологическую их роль, применительно к солнечным ваннам, он вывел при помощи целого ряда вспомогательных коэффицентов). Приведенные выдержки из работ Яковенко и Бойко говорят, что в условиях Евпатории эффективные температуры, вызывающие нормальное теплоощущение, лежат не выше 18°. Если принять условно, что интенсивность солнечного нагревания у нас в Ташкенте такова же, как и в Евпатории (о других условиях метеорологического порядка не приходится говорить, так как все они, т. е., т-ра, относительная влажность и движение воздуха находят свое выражение в эффективных т-рах), то необходимо принять, что эффективные температуры, наблюдавшиеся на Ташкентском солярии, слишком высоки, так как они

---

[1]) Д-р Яковенко. Учение об эффективных температурах и его значение для курортного дела. Курортное дело, № 4 за 1927 год.

[2]) А. Н. Бойко. Методы оценки климата солнечного курорта. Курортное дело, № 4 1927 г.

[3]) Там же.

лежат выше 18°; только редкие дни в 9 час. утра наблюдаются эффективные температуры приемлемого порядка. О приемлемости этих т-р можно было бы говорить тогда, когда солнечная радиация в Ташкенте была бы слабее, чем в Евпатории. Сравнение солнечной радиации этих двух пунктов показывает, что в условиях Средней Азии она, напротив, выше. Приводимая таблица даст этому доказательство.

Таблица

напряжений полуденной солнечной радиации в среднем за месяц.

	Ташкент.	Крым (Феодосия).	Разность.
На перепендикулярной поверхности.			
Июль	1,27	1,20	0,07
Август	1,31	1,16	0,15
На горизонтальной поверхности.			
Июль	1,19	1,10	0,09
Август	1,16	0,98	0,18

Таким образом, в условиях Ташкентского солярия приток тепла извне на обнаженный человеческий организм больше, чем в условиях Крыма. Следовательно, чтобы сохранить нормальное тепловое ощущение, и отдача тепла должна быть больше. Если в Крыму при определенном напряжении солнечной радиации нормальное ощущение характеризуется эффективной температурой не выше 18°, то в Ташкенте, где приток тепла больше, нормальное теплоощущение может характеризироваться, во всяком случае, эффективной т-рой также не выше 18°, а скорее ниже.

Данные же наблюдений показывают, что эффективная т-ра на Ташкентском солярии в подавляющем большинстве случаев больше 18°, т. е., метеорологические факторы, регулирующие теплообмен, не способствуют нормальному теплоощущению и благоприятствуют опасному перегреву организма.

Чтобы судить о величине тепловой нагрузки, способной вызвать перегрев организма, подсчитаем, хотя бы в грубом приближении (по методу, примененному А. Н. Бойко в его работе „Физическая сторона солнцелечения") баланс солнечной ванны для некоторых избранных дней.

Солнечная ванна 26 июля от 9 до 10 ч. утра. Метеорологические условия этой ванны — температура воздуха 28.1°, смоченный термометр 21,3°, относительная влажность 56%, движение воздуха 96 метров в минуту, инсоляция по актиноскопу Араго-Дэви 1,65 кал. в минуту. Приход тепла на взятого для примера больного [1]) весом 55,2 кгр., с поверхностью всего тела 12,00 кв. сант., с площадью тела, поглощающей солнечные лучи и измеренной по величине тени, отбрасываемой телом, в 4.665 кв. сант.—выразится в следующих цифрах: приход тела через

[1]) По Бойко.

радиацию 1.65 + 4665 × 60 = 461.8 больших каллорий, тепло, выработанное в организме, по Рубнеру[1]) 71,6⁰ кгр. калорий, всего 533.4 больших калл.

Если больного поставить в искусственные условия, при которых теплоотдачи не будет совсем, то при равномерном распределении тепла по организму т—ра его подымается на 533,4:55,2=9⁰,2, т.-е., наступит смерть (теплоемкость человеческого организма принята за единицу).

Для сохранения теплового равновесия необходимо, чтобы эти 533,4 кгр. кал. были удалены из организма. По исчислению А. Н. Бойко, основанном на данных Рубнера, проф. Яковенко в своих собственных наблюдениях, потеря тепла через излучение в условиях Евпатории для указанного больного будет равняться 32,2 больших кал. Примем ориентировочно эту цифру и для условий Ташкента. Тогда остальные 501,2 должны быть удалены потовыделением и конвекцией. При отсутствии движения вездуха эти 501,2 пойдут на потовыделение. Принимая во внимание, что каждый грамм испаренной воды уносит 580 малых калорий тепла, а каждый килогр. 580 больших калорий, можно подсчитать, что для поддержания теплового равновесия организму необходимо испарить $\frac{501.2}{580} = 0{,}87$ клг. или больше 2 фунтов воды.

Температура	Теплообразование в кгр.-калор. в час	Расход теплоты на испарение
2	84,0	22,2
15—20	68,2	11,4
25—30	71,6	25,8
35—40	60,0	67,2

Для солнечной ванны 22 августа от 1 до 2 час. дня подсчитано аналогичным образом, что для сохранения теплового равновесия в организме необходимо испарить 0,99 килограмм или 2,4 фунта воды.

Солярии в Средней Азии, поскольку это известно мне, за исключением солярия при клинике, представляют собою площадки, закрытые со всех сторон высокими заборами и деревьями. В этих соляриях отдача излишнего тепла идет исключительно путем потовыделения и испарения и излучения. Роль теплопроводности ничтожна, если не сказать, что ее совсем нет. Организм больного, чтобы защитить себя от опасного перегрева, должен выделить в час до 2 фунтов воды.

Дело медицины судить о том, насколько, с точки зрения физиологических отправлений, такое потовыделение является благоприятным или неблагоприятным для организма. Если это явление не является неблагоприятным, то не будет ли солнечная ванна в этих условиях по способу воздействия на человеческий организм совершенно другой, чем те солнечные ванны, которые применяются на наших южных курортах; не есть ли такая солнечная ванна комбинация воздействия солнечного света и потовыделения, не уместнее ли ее назвать потосветовой ванной? Если

[1]) Выработка тепла в организме и расход тепла на испарение взяты из таблицы, приведенной Бойко в его работе «Физическая сторона солнцелечения» и заимствованной им из Курса физиотерапии Рубнера.

признать, по Яковенко, что в воздушно-световой ванне главными лечебными факторами являются солнечный луч и движение воздуха, то, очевидно, в потосветовой ванне такими факторами будет свет и пот.

Если такие потосветовые ванны возможны и приемлемы, то необходимо признать, что солярий при клинике не выдержал в чистоте принципов, которые кладутся в основу этих ванн, т. к. этот солярий открыт и в некоторой степени доступен ветрам, т.-е., он в известной мере аналогичен солнцелечебницам наших южных курортов—Крыма и Кавказа.

Если же явление обильного потовыделения является неблагоприятным фактором, то приходится констатировать, что метеорологические условия в г. Ташкенте не благоприятствуют устройству здесь солярий без некоторых искусственных приспособлений, меняющих эти условия, и что при устройстве закрытых солярий не учтены эти неблагоприятные факторы.

Как уже указывалось, солярий при клинике более или менее доступен воздействию движения воздуха, но это движение воздуха недостаточно, т. к. оно не создает тех эффективных температур, которые обеспечивали бы нормальное теплоощущение. Только некоторые утренние часы допускают прием солнечных ванн при приемлемых эффективных температурах. Более поздние часы, включительно до 4 час. вечера, способствуют перегреву организма. Необходимо усиленное охлаждение, чтобы поставить организм больного в нормальные условия. При характерном для Средней Азии отсутствии ветра, главнейшими мероприятиями для получения соответствующего охлаждения является устройство искусственной вентиляции на солярии, как это делается в помещениях. Графики эффективных температур дадут возможность вычислить необходимую силу метра при той или иной температуре и инсоляции.

К познанию гельминтофауны дикого кабана Прибалхашского района.

Н. В. Баданин.

(Из Гельминтологического Отдела Г. И. Э. В.—Заведующий проф. К. И. Скрябин и из Краевого Казакского Ветбакинститута—Директор Рафалович).

Изучение гельминтофауны дикого средне-азиатского кабана чрезвычайно интересно со многих точек зрения.

Прежде всего, кабан в местах своего наибольшего распространения, например, в Прибалхашьи, является единственным представителем всеядных, так как местное население в силу религиозных предразсудков домашних свиней не держит. Между тем мы знаем, что домашняя свинья дессимилирует весьма патогенные инвазии гельминтозоонозного характера, то в качестве дефинитивного, то промежуточного хозяина; тем самым чрезвычайно важно с санитарно-профилактической точки зрения иметь представление о гельминтофауне дикого кабана.

Затем, кабан—в силу своей многочисленности в некоторых районах Средней Азии—может сыграть не малую роль в нашем экспорте; отдельные попытки в этом направлении уже делались: очевидно, что для данного случая освещение гельминтофауны кабана будет в достаточной мере интересным.

И, наконец, гельминтофауна дикого средне-азиатского кабана так мало изучена, что это будет чрезвычайно важно и с фаунистической и экологической точек зрения.

Основанием для настоящей работы послужил материал от 16-ти полных гельминтологических вскрытий дикого кабана, собранный 55-ой Союзной Гельминтологической Экспедицией, организованной в конце 1928 года в Прибалхашский район Казакским Краевым Ветбакинститутом специально для этой цели.

Материал собирался по методу полных гельминтологических вскрытий проф. Скрябина; метод чрезвычайно кропотливый, но зато позволивший с наивозможной точностью произвести не только качественный, но и количественный учет паразитических червей. При детальном изучении собранного таким путем материала нам удалось установить восемь различных видов паразитических червей. Ниже мы даем их систематический перечень:

Тип Nemathelmintes Vogt (Quoted et Carus, 1863)
Класс Eunematoda Ward, 1916
Отряд Trichocephalata Skrjabin et Schulz, 1928
Семейство Trichocephalidae Baird, 1853
Род Trichocephalus Schrank, 1788

1. Trichocephalus species.

К сожалению более точного диагноза мы поставить не могли, т. к. единственный экземпляр, обнаруженный в толстом отделе кишечника у кабана за № 17, оказался самкой.

Отряд Ascaridata
Семейство Ascaridae Baird, 1853
Подсемейство Ascarinae (Railliet et Henry, 1912) Trawassos, 1913
Род Ascaris Linnaeus, 1758

2. Ascaris suilla Dujardin, 1845

Отряд Strongylata
Семейство Metastrongylidae Leiper, 1908
Подсемейство Metastrongylinae Leiper, 1908
Род Metastrongylus Molin, 1861
Подрод Metastrogylus (Molin, 1861) 9 edoelst, 1923

3. Metastrongylus elongatus (Dujardin. 1845) Railliet et Henry. 1911

Подрод Choerostronglus Gedoelst, 1923

4. Choerostrongylus pudendotectus Wostokow, 1905

Отряд Spirurata.
Семейство Gnathostomatidae Railliet, 1895
Род Gnathostoma Owen, 1836

5. Gnathostoma hispidum Fedtshenko, 1873

Тип Acanthocephala
Семейство Gigantorhynchidae
Род Macracanthorhynchus Trawassos, 1916

6. Macracanthorhynchus hirudinaceus (Pallas, 1781) Trawassos, 1917

Тип Platodes Leucart, 1854
Класс Cestoda
Отряд Cyclophyllidea Braun, 1900
Семейство Taenüdae Ludwig, 1886
Род Taenia Linnaeus, 1758

7. Taenia hydatigena Pallas, 1776 (Larve)

Род Echinococcus Rudolphi, 1801

8. Echinococcus granolosus Batch, 1786 (Larve)

Для уяснения качественного и количественного распределения паразитических червей и их локализации у хозяина предлагаем таблицу.

Классовый гельминтоценотический индекс в формулировке проф. Скрябина и д-ра Шульц для дикого кабана Прибалхашья представляется на основании нашей работы в таком виде.

$$\frac{16\ (^{N}\ 100\ ^{Ac}\ 87{,}5\ ^{C}\ 25)}{(308-100)\quad 8}$$

Понимать этот индекс следует таким образом: в числителе цифра за скобками 16 указывает на количество обследованных животных, в данном случае кабанов; в скобках N 100 обозначает поголовное поражение нематодами, Ac 87,5 указывает, что 87,5% обследованных кабанов поражены акантоцефалами и C 25—что 25% инвазированы цестодами. В знаменателе, в скобках 308—т. н. показатель гельминтозных единиц—является отношением общего числа обнаруженных инвазий к числу обследованных животных, исчисленных в процентах. Вторая циф-

ра 100 указывает % глистоносительства и, наконец, цифра за скобками 8 дает понятие о количестве обнаруженных инвазий.

Для более полного выявления гельминтофауны средне-азиатского кабана позволим себе дополнить вышепредложенный систематический перечень паразитическнх червей еще одним, уже девятым видом, описанным нами от дикого кабана из бассейна р. Сыр-Дарьи:

Класс Trematoda Rudolphi, 1808
Отряд Prosostomata Odhner. 1905
Семейство Gastrodiscidae Stiles et Cobbold, 1919
Род Gastrodiscoides Leiper. 1913

9. Gastrodiscoides hominis Lewis et M. Connel, 1876.

Таким образом, у дикого кабана Средней Азии по настоящее время нами зарегистрировано 9 различных видов паразитических червей. Несмотря на небольшое сравнительно количество видов гельминтофауна кабана представляет чрезвычайно пеструю картину. Эти 9 видов распределены в зоологической системе последовательно по 8-ми родам, 6-ти семействам, 4-м классам, 3-м типам животного царства. Об'яснить такую пестроту не трудно, если мы вспомним, что кабан животное всеядное.

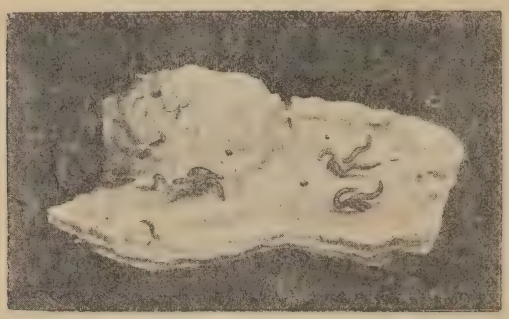
Самым ценным из гельминтологического материала от дикого кабана Прибалхашья надо считать, конечно, обнаружение Gnathostoma hispidum; поэтому здесь мы позволим себе остановиться несколько подробнее на поражении кабана гнатостоматозом; как видно из таблицы, из 16 вскрытых кабанов 14, т.-е. 87,5%, были инвазированы Gnathostoma hispidum в количестве от 3 до 57 экземпляров. Обычным местом локализации служил желудок. Этот паразит впервые описан Федченко в 1873 году от дикого кабана из Средней Азии.

Затем Gnathostoma hispidum неоднократно констатируется в западной литературе у домашней свиньи (Венгрия, Румыния, Германия). За последние годы он констатирован и у человека: Morishita (1924) описал случай в Японии, а Morishita совместно с Faust (1925) констатировали два случая в Китае. Все эти три случая протекали как dermatitis linearis migrans. В нашем Союзе после Федченко этого паразита не описывали, если не считать указания на препараты, имеющиеся в Центральном Гельминтологическом Музее с астраханской бойни от домашней свиньи.

Переходим к описанию:

В нашем материале длина самцов колебалась в пределах от 18 до 22, самок—от 22,5 до 38 mm. Наибольшая ширина самца от 1 до 1,25 mm , самки от 1,29 до 1,5 mm. Паразит имеет цилиндрическую форму с резкой перетяжкой у головного конца, образующей подобие чалмы; все тело одето грубой кутикулой, усажено особыми хитиновыми образованиями. Кутикула эта, по мере удаления от головного конца, начинает образовывать широкие неправильные складки, опускается несколько к заду от хвостового конца, образуя подобие капюшона, потом заворачивает внутрь и прикрепляется к телу паразита в области ануса; особенно сильно капюшон выражен у самцов, у которых он поддерживается половыми сосочками. Хитиновые образования, покрывающие всю кутикулу, имеют чрезвычайно оригинальную структуру: на передней части тела они имеют форму дисков с выростами на оральных краях, направленных кзади. На головном вздутии эти выросты имеют форму простых крючьев; диски, их несущие, расположены спиралью, опоясы-

вающей вздутие от 9 до 11 раз. В каждом обороте спирали от 90 до 130 таких дисков; кзади шейной перетяжки выросты на дисках заканчиваются несколькими шипами, от 3 до 7, сами диски располагаются также спирально и становятся более массивными. По мере удаления от головного конца хитиновые образования начинают значительно упрощаться по своей структуре, превращаясь вблизи середины тела в обыкновенные щетинкообразные шипы, усеивающие всю вторую половину тела чрезвычайно густыми спиральными рядами. Хвостовой капюшон очень густо покрыт такими шипиками и с наружной и с внутренней стороны.



Стенка желудка кабана, пораженная Gnathostoma hispidum, в половину натуральной величины.

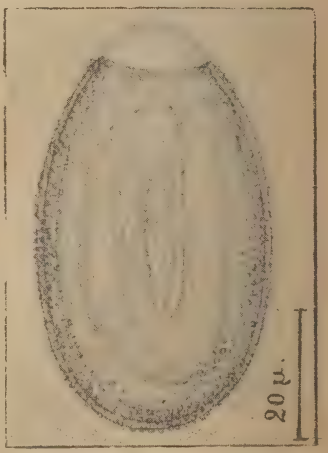
Головной конец имеет форму эллипсоида вращения с сильно сближенными полюсами.

Ротовое отверстие ограничивается четырьмя овальными концентрическими валиками, наружный из которых как бы опирается на 4 маленьких сосочка, лежащих попарно с дорзальной и вентральной стороны ротового отверстия. На этих валиках сидят 2 крупных латеральных губообразных выроста, с довольно сложным барельефом внешней поверхности. Смежные поверхности этих губ одеты мощным слоем хитина своеобразного рисунка и образуют сильный ущемляющий и травматизирующий аппарат. На каждой губе сидит по три сосочка, один из которых, маленький, занимает центральное положение, а 2 других значительно больших размеров сидят—один вентральнее, другой дорзальнее маленького. Сразу под головным вздутием в полости тела заложены четыре шейных железы колбасовидной формы. Цервикальные шейные сосочки лежат на 0,54 мм кзади от головного конца. Пищевод ординарный, длина его колеблется в пределах 3,5 до 4 мм.

Просвет его в поперечном сечении имеет форму трехугольника, образованного дугами, своей выпуклостью направленными внутрь.

Vulva у самок располагается вблизи средины, или в передней или в задней половине тела, имеет форму овального, продольно расположенного кратерообразного вздутия с сильно пигментированными краями, усеянными мелкими щетинками. Ее продольный диаметр равен 0,45 мм.

Яйца, сравнительно очень мелкие, содержат личинку уже во время пребывания в полости тела самки. Они правильной яйцевидной формы, а длиной 0,065 и шириной 0,038 мм. На широком полюсе имеется крышечка на подобие яиц трематод. Двухконтурная, довольно толстая обо-



Яйцо Gnathostoma hispidum (окуляр 4, об'ектив 6).

ТАБЛИЦА

качественного и количественного распределения паразит. червей по органам дикого кабана (материал 55 С. Г. Экспедиции)

№ вскрытого кабана	Наименование паразит. червя / Локализация	Gnathostoma hispidum	Macracanthorhynchus hirudinaceus	Ascaris suilla	Metastrongylus elongatus	Choerostrongylus pudendotectus	Taenia hydatigena—larvae	Echinococcus granulosus—larvae	Trichocephalus species
1	Легкие				1				
	Тонкие кишки		1	2					
	Желудок	54							
3	Легкие				5	6			
	Желудок	6							
4	Тонкие кишки		9	1					
	Желудок	13							
5	Тонкие кишки		> 20	1					
8	Желудок	96							
	Тонкие кишки		2						
9	Желудок	48							
	Тонкие кишки		5						
10	Желудок	21							
	Тонкие кишки		43	2					
11	Печень							x	
	Желудок	57							
	Тонкие кишки		6	3					
12	Желудок	11							
	Тонкие кишки		12	6					
17	Толстые кишки								1
18	Желудок	6							
	Тонкие кишки		8	1					
19	Сальник								
	Легкие					3	x		
	Желудок	18							
	Тонкие кишки		2						
20	Легкие							x	
	Желудок	14							
	Тонкие кишки		3						
	Толстые кишки			25					
21	Легкие				3				
	Желудок	19							
	Тонкие кишки		10	6					
	Толстые кишки			6					
22	Легкие				3			x	
	Желудок	12							
	Тонкие кишки		9	7					
23	Желудок	3							
	Тонкие кишки		5	1					

лочка помимо крышечки, покрыта густо усаженными мелкими бородавчатыми образованиями.

Спикулы у самца неравные: одна длиной—1,23, другая—0,54 мм; губернакулума мы обнаружить не могли.

Чрезвычайно важным результатом нашей работы является тот факт, что пять видов паразитических червей прибалхашского кабана зарегистрированы у человека; виды эти следующие:

Echinococcus granulosus Batsch, 1786
Ascaris suilla Linnaeus, 1758
Metastrongylus elongatus Dujardin, 1845
Gnathostoma hispidum Fedtschenko, 1873
Macracanthorhynchus hirudinaceus Pallas, 1781

Для того, чтобы оценить всю важность этого момента мы должны принять во внимание следующие предпосылки:

1. Как уже было сказано, кабан водится в кочевых районах, где на него, в силу религиозных предразсудков, совершенно не охотятся и где он поэтому почти не боится человека и травит посевы в самой непосредственной близости от жилья, дессиминируя инвазиозный материал и в почву и в воду, служащую как для питья, так и для поливки огородных и злаковых культур, там, где они имеются.

2. Кабан, как правило, водится в бассейнах рек или озер; таким образом обилие влаги в жарком климате чрезвычайно способствует завершению биологического цикла того инвазионного материала, который кабаном дессиминируется.

3. Принимая во внимание чрезвычайную санитарную отсталость местного коренного населения следует допустить, что имеются широкие возможности для перенесения инвазионного материала от дикого кабана на человека.

В связи с этим необходимо сорганизовать в районах распространения кабанов медико-гельминтологическую работу для выяснения гельминтофауны населения и выяснения эпидемиологической роли кабанов в распространении целого ряда гельминтозоонозов.

Заканчивая нашу работу, позволим себе выразить искреннюю признательность проф. К. И. Скрябину за руководство, а всем сотрудникам Гельм. Отдела Г. И. Э. В. за помощь.

Опыт применения хлорпикрина для борьбы с ornithodorus papillipes—переносчиком клещевого возвратного тифа.

Д-р Н. И. Латышев, д-р Н. В. Троицкий.

(Из Сан.-гиг. лаборатории САВО).

Клещевой возвратный тиф оказался болезнью более распространенной, чем это представлялось раньше, и список эндемических очагов в Сред. Азии пополняется ежегодно. Крупные города, как Ташкент и его округа (Зенги-Ата, Ханабад, Ходжикент), Бухара, Самарканд, многие населенные пункты Ферганской долины, места отдыха, как Брич-Мулла, вся бывшая военная дорога от Гузара до Файзабада, Дарваз, (Кала-и-Хумб), левобережье Вахша (Куляб), зап. Памир, являются местами, где клещевой рекурренс держится постоянно. Есть сведения об единичных заболеваниях в Хиве (2 случая—д-р Н. И. Рябов) и в Н. Ургенче (д-р Матосянц).

Все это заставляет серьезно подумать о поисках рациональных способов борьбы с указанной инфекцией.

В виду того, что вирус у клещей передается потомству по наследству, на первый план выступают мероприятия по борьбе с переносчиком, меры же по отношению к заболевшему человеку играют в смысле профилактическом лишь подчиненную роль. Наблюдение показывает, что заболевание местным возвратным тифом связано по большей части с пребыванием в зараженных клещами постройках и притом не только туземного, но также и европейского типа. В одной из небольших лагерных стоянок под Т. летом 1928 года переболел лишь начсостав с членами своих семей, тогда как среди красноармейцев не было ни одного случая заболевания; причину нужно искать в том, что начсостав размещался в местного типа кибитках, кр-цы же жили в палатках. В К. среди размещенных частей гарнизона случаи рекурренса не переводились. Прибывший туда в 1927 г. на летний сезон гидро-взвод из-за недостатка помещений принужден был расположиться в саду в палатках и среди кр-цев этой войсковой единицы за все лето не было ни одного случая заболеваний. Они начались, как только войсковая часть с наступлением осенних холодов заняла жилое помещение.

Наблюдения эти были учтены, и в качестве одной из мер профилактики в войсках округа было предложено держаться дальше от зараженных построек и не располагаться в них даже для временных остановок. Однако эта мера, чисто пассивного характера, удовлетворить ни кого не могла, кроме случайных путешественников; требовалось отыскание мер активной борьбы—обезвредить зараженное клещами помещение. Но борьба с клещем не легка, во-первых, потому, что цикл его развития невполне еще прослежен, а во-вторых, что обычные места его

пребывания—трещины и щели в стенах жилых и надворных построек—делают его недоступным для непосредственного воздействия физических и химических агентов в форме высокой температуры и жидких инсектицидов. Насколько трудна борьба с клещами, показывают случаи, цитируемые Джунковским, когда жители персидских деревень вынуждены были для уничтожения паразитов сжигать свои старые жилища и строить себе новые на другом месте. Замазка щелей, побелка стен и др. подобные меры оказались совершенно недействительными. Единственно, что можно было рекомендовать в качестве предупредительной меры—это цементирование земляных полов и панелей, но опять-таки эта мера может быть применена главным образом при постройках новых помещений и лишь отчасти при ремонте старых. Естественно, что главное внимание должны были привлечь газообразные вещества, способные проникать в трещины и щели на достаточную глубину.

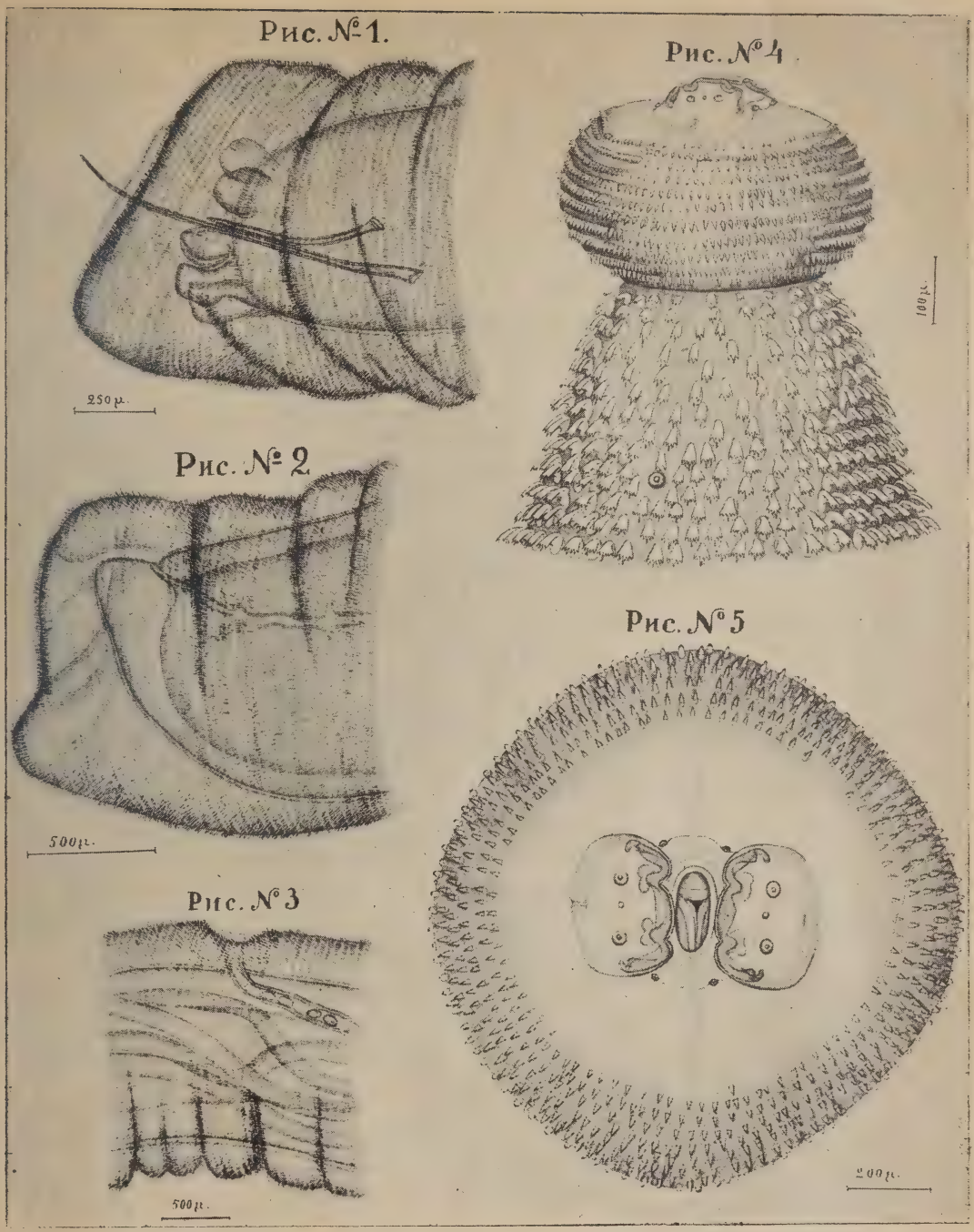
Первоначально наш выбор остановился на цианистом водороде и хлорпикрине.

Цианистый водород испытывался нами в герметически закрывающейся стекл. посуде (эксиккаторы емкостью ок. 2 л.) по расчету до 50 гр. KCN на 1 куб. м. помещения, т.-е., до 1,6% (об'емных) циана при продолжительности опыта до 16 часов. Клещи даже при такой высокой концентрации оставались живы, почему дальнейшие опыты были нами оставлены из-за невозможности применять на практике более высокие дозы.

Первоначальные опыты над действием хлорпикрина были поставлены одним из нас с д-ром Н. И. Ходукиным (протозойн. отд. Узб. Бакт. Ин-та). Препарат был получен из отряда по борьбе с вредителями; опыты производились в литровых банках, куда помещались клещи Ornithodorus, Argas и Hyalomma, муравьи, мухи и мокрицы. В поисках требуемой дозы были взяты количества хлорпикрина из расчета в 5,10 и 100 куб. см. на 1 куб. м. помещения, при чем часть банок помещалась на свету, другая в темноте. Безусловно смертельной дозой оказалась концентрация 1:1000 (100 куб. см. на 1 куб. м. помещения); меньшие дозы токсическое действие оказали на муравьев, мух и мокриц, но не на клещей. Несколько позже окр. лабораторией был получен из склада округа новый запас хлорпикрина, который отличался своими свойствами от имевшегося в нашем распоряжении (цвет более желтый, более высокий удельный вес). С этим новым препаратом и произведены нижеследующие опыты в окр. лаборатории.

Первые 4 опыта были поставлены в лабораторных условиях для определения подходящей дозы хлорпикрина. Для затравливания клещей служили 2 герметически закрывающихся эксикатора—белого и оранжевого цвета, емкостью каждый ок. 2 л. (0,002 куб. м.). В эксикаторы помещались в стеклянных стаканчиках по две партии клещей—одна засыпанная мелким лессовым песком, собранным в клещевых гнездовьях (клещи до затравки обыкновенно сидели, зарывшись в песок), другая без песка. Хлорпикрин, отмеренный по об'ему микропипеткой, накапывался на кусочек пропускной бумаги или ваты, помещенной в эксикатор. Достаточно прозрачное стекло эксикатора позволяло наблюдать поведение затравливаемых клещей.

Опыт 1-й. 13/VI—30, 15 час. Оранжевый эксикатор. В песок посажены Ornithod: papillipes—два самца, одна самка и 4 нимфы разных возрастов; без песка—самец, самка и четыре нимфы. Доза хлорпикрина—0,1 куб. см. на эксикатор, по расчету 50 куб. см. на 1 куб. м. В течение первых 20 мин. наблюдения часть клещей, сидевших без



Gnathostoma hispidum.

Рис. № 1.—Хвостовой конец самца. Рис. № 2.—Хвостовой конец самки. Рис. № 3.—Область vulv'ы самки. Рис. № 4.—Головной конец, латеральный вид. Рис. № 5.—Головной конец, вид спереди.

Содержание журнала „Медицинская Мысль Узбекистана и Туркменистана“ за 1929-30 год.

ГОД ИЗДАНИЯ IV (VIII-IX).

I. Оригинальные статьи.

1. **Аковбян** А. А.—Материалы к изучению заболеваемости кожными и венерическими болезнями коренного населения кишлаков Ташокруга. № 2—3, стр. 48.
2. **Он же** и **Терновенко К. М.**—К вопросу множественной идиопатической гемморогической кожной саркомы Kaposi (с внутрисосочковой локализацией). № 9—10, стр. 34.
3. **Александровский П. В.** и **Ковалев А. И.**—О гемиатрофиях лица, грудных желез и о симптоматической анизокории при Tbc легких. № 4, стр. 22.
4. **Аносов И. И.**—Наследственность и преступление. № 4, стр. 74.
5. **Он же**—Ташкентские самоубийства. № 9—10, стр. 101.
6. **Банайтис С. И.**—К вопросу о «слизевых аппендицитах». № 4, стр. 37.
7. **Березняк М. Э.**—К вопросу об этиологии зоба и кретинизма в долине р. Ванч на Памире. № 6, стр. 24.
8. **Борзов М. В.**—Опыт работы Диспансера и изучения заболеваемости венерическими болезнями среди коренного населения Узбекистана. № 2—3, стр. 40.
9. **Бурова Л. Ф.** и **Молчанов С. А.**—Действие лучей Рентгена на культуры лейшманий. № 7—8, стр. 47.
10. **Бурштейн М. С.**—Санитарное состояние кладбищ г. Ташкента. № 7—8, стр. 89.
11. **Вадькер Ф. И.**—Теодор Бильрот. № 4, стр. 6.
12. **Он же.**—Современное состояние вопроса о хирургическом лечении бронхиальной астмы и грудной жабы. № 9—10, стр. 5.
13. **Введенский Д. А.**—Клиника опухолей мочевого пузыря. № 6, стр. 5.
14. **Ведерников В.**—К вопросу о лечении сибирской язвы неосальварсаном. № 9—10, стр. 44.
15. **Вейс А. С.**—Эхинококк глазницы № 9—10, стр. 46.
16. **Векслер М. И.**—Санитарное состояние кишлачных школ. № 6, стр. 45.
17. **Венцеславцев И. В.**—Пять лет на фронте оздоровления трудящихся масс Туркмении. № 4, стр. 59.
18. **Верховская Р. И.**—Санитарно-гигиенические условия труда в гренажном производстве. № 9—10, стр. 88.
19. **Гильдин И. Р.**—К характеристике глистных инвазий гор. Чарджуя по данным обследовательской работы организованных групп населения. № 11—12, стр. 42.
20. **Он же.**—8 случаев Ancylostoma duodenale. № 11—12, стр. 54.
21. **Глазунов П. А.**—К вопросу о планировке городов в условиях Ср. Аз. № 11—12, стр. 82.
22. **Голендберг А. Д.**—Лечение заболеваний женской половой сферы грязевыми тампонами. № 1, стр. 35.
23. **Гришин С. П.**—Выживаемость брюшно-тифозной, паратифозной А и паратифозной В палочек в огуречных рассолах. № 11—12, стр. 66.
24. **Гусев И. А.**—Краткий статистический обзор фактически действовавшей сети здравоохранение Узбекистана в 1928 г. Часть 1-ая. № 2—3, стр. 69; № 4, стр. 62; № 5, стр. 72.
25. **Он же.**—Краткий статистический обзор фактически действовавшей сети здравоохранения Узбекистана в 1928 году. Часть 2-я. № 9—10, стр. 111; № 11—12, стр. 89.
26. **Данилов Б. А.**—К фауне Culicidae курорта Чимган и его окрестностей. № 1, стр. 55.

27. **Доброправов В. Н. и Архангельский С. П.**—К вопросу о связи глистных кожных реакций с глистными инвазиями и кожными заболеваниями. № 7—8, стр. 22.
28. **Дробинский Д. А.**—К вопросу об организации врачебного труда. № 5. стр. 66.
29. **Дубровин П. М.**—К вопросу об интерстициальной эмфиземе легких. № 6, стр. 18.
30. **Ефремов И. П.**—К вопросу о мальтийской лихорадке в Туркмении. № 5, стр. 69.
31. **Завадский М.**—Anopheles pulcherrimus (Theob). как передатчик малярии. № 2—3. стр. 22.
32. **Иоффе Х.**—Нервнопсихическое здоровье работников психиатрической больницы. № 7—8, стр. 84.
33. **Ирен М. Г.**—Случай комбинации кожного и висцерального лейшманиоза. № 2—3, стр. 16.
34. **Каменский Ф. М.**—Санитарное просвещение кишлака. № 6, стр. 70.
35. **Каркадинская И. Б.**—Жилище и быт узбека. № 2—3. стр. 96.
36. **Кац Д. И.**—О разновидностях возвратного тифа на Памире. № 11—12, стр. 5.
37. **Кеворков И. П.**—Способ изгнания ленточных глистов дачей Extract. filicis maris per os в комбинации с Natarum bicarbonicum. № 5, стр. 43.
38. **Киселев Н. К.**—Об использовании Иссык-Куля для детей. № 5, стр. 62.
39. **Коровников А. Ф.**—Материалы к изучению кретинизма в Средней Азии. № 9—10, стр. 11.
40. **Космачевский В. В.**—К вопросу о борьбе с сандалом. № 9—10, стр. 96.
41. **Крюков А. Н.**—О значении изучения крови при тропических заболеваниях и инвазиях. № 7—8, стр. 5.
42. **Лановский А. Г. и Фрейдович Г. М.**—Рентгенотерапия опухолей мозга. № 78, стр. 12.
43. **Лебединская И. Н.**—Влияние апилина на кровь. № 11—12, стр. № 72.
44. **Лепехин А. Л.**—К анатомии и физиологии менисков коленного сустава в связи с механизмом их повреждений. № 1, стр. 30.
45. **Ливанов Д. П.**—Об эклямпсии у узбечек. № 4, стр. 30.
46. **Листенгартен А. М.**—Профессиональные изменения ногтей рабочих табачного производства. № 4, стр. 47.
47. **Маль Б. Э.**—К вопросу о холестериновом обмене при малярии. № 1, стр. 25.
48. **Он же**—К вопросу об изменении белой крови при Malaria. № 1, стр. 10.
49. **Макеванович М. И.**—Распространение столбнячной палочки в почве г. Ташкента. № 9—10, стр. 69.
50. **Милахина К. и Губанова.**—Опыт серо-профилактики кори в физиологическом отделении ГНИ Охраны Материнства и Младенчества НКЗ УзССР. № 9—10, стр. 51.
51. **Невядомский М. М.**—О производящей причине рака. № 5, стр. 5.
52. **Никольский А.**—Перспективы малярийности и борьбы с нею в Голодной и Дальверзинской степях в связи с выполнением хлопковой пятилетки. № 9—10, стр. 71.
53. **Новиков Н. А.**—Заболевание верхних дыхательных путей рабочих табачной фабрики «Уртак». № 2—3, стр. 25.
54. **Орлов И. Н.**—К вопросу о дуоденальных стазах. № 9—10, стр. 22.
55. **Он же.**—Роль хирургии в социалистическом строительстве. № 6, стр. 50.
56. **Он же.**—К лечению осложнений при прорезывании нижних зубов мудрости. № 5, стр. 37.
57. **Павлова Е. Н.**—Опыт применения минеральных вод курорта Джаляль-Абад при лечении желудочных заболеваний. № 1, стр. 38.
58. **Павловский Е. Н. и Штейн А. К.**—Экспериментальное исследование над действием на человека укуса фаланги Galiodes araneides. № 11—12, стр. 24.
59. **Он же.**—К вопросу об изучении ядовитых змей. № 11—12, стр. 58.
60. **Петров В. П.**—Эпидемиология лихорадки папатачи в связи с биологией москитов. № 1, стр. 11.
61. **Попова С. А.**—Отчет о работе врача-окулиста в г. Гурлене Хорезмской области летом 1927 г. № 2—3, стр. 33.
62. **Рамеев Р. С.**—О некоторых новых методах лечения трахомы. № 5, стр. 12.
63. **Рябикин П. А.**—К вопросу о врачебном контроле страховых касс. № 6, стр. 56.
64. **Соколов Ф. Я.**—Ближайшие и отдаленные результаты лечения косолапостей, как последствий детского паралича. № 5, стр. 23.
65. **Софиев М. С**—Ornithodorus lahorensis (Neumann 1908 г.) в Узбекистане. № 2—3, стр. 18.
66. **Он же.**—К вопросу о роли клещей Argas persicus в передаче клещевого возвратного тифа в Ср. Азии. № 7—8, стр. 43.

67. **Стекольников А. С.** и **Белоногова В. Г.**—Множественные экзостозы в Средней Азии. № 11—12, стр. 36.
68. **Тим Е. С.**—Материалы по заболеваемости в кишлачных местностях (по материалам амбулаторий Ташкентского округа за 1926 и 1927 г.г.). № 2—3, стр. 58.
69. **Тимофеева М. Е.**—О распространении висцерального лейшманиоза в г. Самарканде. № 9—10, стр. 57.
70. **Токман А. С.**—К казуистике инородных тел уха и верхних дыхательных путей у узбеков. № 6, стр. 35.
71. **Тощевикова Ю. М.**—Предрассудки и суеверия в быту узбекской матери и ребенка. № 6, стр. 39.
72. **Умидова З. И.**—Характеристика эпидемии тифа в Ташкенте. № 11—12, стр. 13.
73. **Федоров Г. П.**—Оспопрививание в Ташкентском округе. № 9—10, стр. 81.
74. **Фиалковский А. Р.**—К эпидемиологии малярии в г. Андижане. № 11—12, стр. 74.
75. **Ходукин Н. И., Софиев М. С.** и **Шевченко Ф. И.**—О возможности заражения через пищеварительный тракт и контактным путем при Kala-azar. № 11—12, стр. 62.
76. **Ходукин Н. И.**—К механизму гэтеродинамии у некоторых Anopheles. № 7—8, стр. 62.
77. **Шварцман И. М.**—Среднее медицинское образование в Узбекистане и 10 лет существования Ташкентского медицинского техникума. № 9—10, стр. 131.
78. **Шевченко Ф. И.**—Случай излечения тяжелой формы лейшманиоза. № 2—3, стр. 11.
79. **Он же.**—Внешняя морфология личинок москитов (Phl, papatasii. Phl. chinensis и Phl. sergenti). № 7—8, стр. 67.
80. **Шевченко Ф. И., Скворцов П. А., Батурин И. И.** и **Милков В. С.**—Лейшманиоз среди собак в н. г. Ташкенте по оосследовательским материалам за 1926—29 г.г. включит. № 1, стр. 46.
81. **Шевченко Ф. И.** и **Ирен М. Г.**—Формалиновая реакция при лейшманиозе у людей и собак. № 5, стр. 48.
82. **Шипилин С. П.** и **Гарматий К. И.**—Действие кварцевого света на желудочную секрецию. № 4, стр. 40.
83. **Широкова-Диваева В. П.**—О работе по О. З. Д. в н. г. Ташкенте за 1925—28 г. г. № 4, стр. 54.
84. **Штибен В. Д.**—К вопросу о распространении мальтийской лихорадки в Средней Азии. № 5, стр. 58.
85. **Шишляников С.**—Санитарный очерк Кульджи. № 2—3, стр. 103.
86. **Шишов А. П.**—Девочки-узбечки г. Ташкента. № 1, стр. 60.
87. **Эзерин Э. М.**—К вопросу о нафталанн й нефти. № 11—12, стр. 30.
88. **Яковлев А. Ф.**—О лечении малярии плазмохином.

Случаи и заметки из практики.

89. **Белоногова.**—Два случая врожденной изолированной декстрокардии. № 7—8, стр. 99.
90. **Бланкфельд А. Е.**—Meningo-myelo-encephalitis. № 11—12, стр. 117.
91. **Дукельский Б. Е.**—О Splen mobille. № 1, стр. 84.
92. **Зельманович А. С.**—Случай Parapsoriosis acuta. № 11—22, стр. 112.
93. **Зотов М. П.**—К технике ловли москитов. № 7—8, стр. 102.
94. **Назаркин И. Д.**—К технике погружения культи при аппендектомии. № 11—12, стр. 122.
95. **Рахматулин З.**—Случай множественного мягкого шанкра с необычной локализацией. № 11—12, стр. 119.
96. **Фейгин А.**—К вопросу о подкожном лопаньи кишечника. № 6. стр. 82.

II. Рефераты и рецензии.

№ 1, стр. 89; № 2—3, стр. 112; № 4, стр. 97; № 7—8, стр. 103; № 11—12, стр. 125.

III. Отчеты научных обществ, с'ездов и организаций.

XXI С'езд русских хирургов в Ленинграде (Д-та Г. А. Ильина). № 2—3, стр. 122.
Ташкентское дерматологическое и венерологическое общество. № 1—2, стр. 128.
Отчет о деятельности Научного общества невропатологов и психиатров за 1926--1929 г.г. № 4, стр. 101.

Отчет о работе Научной Конференции Узбекского Санитарно-Бактериологического Института за 1929 г. № 7—8, стр. 105.
Краткий отчет о деятельности Научного кружка кишлачных врачей при Ташрайздравотделе. № 1, стр. 91.
Отчет о деятельности Научной Ассоциации врачей г. Самарканда за 1928—29 г. № 2—3, стр. 130.
То же.—Продолжение. № 4, стр. 107.
Краткий отчет о деятельности Кокандской Научной Ассоциации врачей. № 2—3, стр. 131.
Страховая медицина. № 2—3, стр. 121.
О первом совещании страховых врачей. № 5, стр. 92.
Протокол № 1. Заседание при Санпрофотделе НКЗ УзССР Оргбюро по созыву Ср.-Азиатского совещания по борьбе с туберкулезом. № 1, стр. 93.
Протокол заседания при НКЗ УзССР Оргбюро по созыву совещания тубработников 21-го октября, 1929 г. № 4, стр. 106.
Протокол № 2 заседания Центр. Комиссии по изучению и борьбе с Tbc в Узб. № 11—12, стр. 133.
Положение о Комиссии по изучению эндемического зоба при НКЗдраве УзССР. № 9—10, стр. 138.

Извещения.

Ср.-Азиатский с'езд работников по изучению протозойных и глистных заболеваний домашних животных. № 1, стр. 95.
Первый Всеукраинский С'езд офталмологов. № 1, стр. 97.
2-ой Поволжский С'езд врачей. № 4, стр. 101.
4-ый С'езд урологов. № 4, стр. 101.
От Научной Ассоциации. Ташкента. № 5, стр. 91.
1-ый Всесоюзный С'езд по профессиональной патологии и промышленному травматизму. № 6, стр. 84.
К организации 2-го Всесоюзного с'езда глазных врачей в г. Киеве в июне 1931 г. № 7—8, стр. 106.
Узбекское венерологическое совещание, соз. в октябре 1930 г. № 11—12, стр. 136.

IV. Хроника.

(Перечислено только наиболее существенное)

НЕКРОЛОГИ:

Памяти **Ивана Петровича Михайловского**. № 1, стр. 5 (д-ра П. Чепова).
Александр Львович Шварц. № 7—8, стр. 108.
В. П. Степанова. № 7—8, стр. 110.
Александр Филиппович Попов. № 11—12, стр. 137.
К десятилетию Ташкентского медицинского техникума (д-ра Г. Семенова). № 7—8, стр. 110.
Вести отовсюду. № 5, стр. 95.
Медицинские вести в общей иностранной прессе. № 6, стр. 85; № 7—8, стр. 112.
Годовые сведения о движении заразных заболеваний по УзССР за 1929 г. № 11—12, стр. 138.
Месячные сведения о движении заразных заболеваний по УзССР:
за май месяц 1929 г. № 1, стр. 98,
за июнь месяц 1929 г. № 2—3, стр. 138,
за июль месяц 1929 г. № 2—3, стр. 142,
за август месяц 1929 г. № 4, стр. 112,
за сентябрь месяц 1929 г. № 6, стр. 88,
за октябрь месяц 1929 г. № 7—8, стр. 116,
за ноябрь месяц 1929 г. № 9—10, стр. 142,
за декабрь месяц 1929 г. № 9—10, стр. 146,
за январь месяц 1930 г. № 11—12, стр. 142.

Тип. Из-ва «Правда Востока». Заказ № 1953. Окрлит № 2726.

песка, главным образом мелкие нимфы, начинают опрокидываться на спинку, перестают двигаться и, видимо, погибают. Через 40 мин.—клещи, сидящие без песка, повидимому, все погибли. Из клещей в стаканчике с песком часть погибла в течение первых 20 мин. Однако, через 40—45 мин. две крупные особи еще оставались живыми и подвижными. Эксикатор вскрыт через 18 час. после начала опыта. Все клещи, как в песке, так и без него, оказались погибшими.

Опыт 2-й; поставлен одновременно с предыдущим. Эксикатор белый, доза хлорпикрина—0,045 куб. сам. на эксикатор, по расчету 20 куб. см. на 1 куб. м. В песке—3 нимфы, самка и 2 самца, без песка—4 нимфы и 1 самец. Часть клещей, как в песке, так и без него, погибла в течение первых 20 мин.; через 40 мин. в стаканчике без песка жива только одна крупная нимфа. Через 18 час., по вскрытии эксикатора, все подопытные клещи обнаружены погибшими.

Опыт 3-й. 14/VI—30. Оранжевый эксикатор. Засыпанные песком—5 нимф и 1 самец; без песка—также 5 нимф и 1 самец. Доза хлорпикрина—0,02, по расчету 10 куб. см. на 1 куб. м. Через 3—4 мин. после начала опыта засыпанные песком клещи начинают энергично выбираться на поверхность и оживленно двигатся. Через 15 мин., повидимому, все клещи еще живы. Через 1 час в стаканчике без песка 5 клещей уже погибло. В стак. с песком—живы, слабо подвижны. Через 2 час. 35 мин. подвижных особей нигде не видно. Эксикатор открыт через 4 часа после начала опыта. Все клещи оказались погибшими, при чем в стак. с песком 4 нимфы и самец лежат на поверхности песка и одна нимфа найдена зарывшейся в песок, но также мертвая.

Опыт 4-й поставлен одновременно с предыдущим; доза хлорпикрина—0,01, по расчету 5 куб. см. на 1 куб. м.; поставлено под опыт 6 нимф в пустом стаканчике и 6 нимф, самец и самка, засыпанные слоем песка около 1 см. толщиною. Через 4—5 мин. клещи из глубины песка выбираются на поверхность, но через 10 мин. самец и самка снова закапываются в песок. Через 15 мин. одна мелкая нимфа в стак. без песка, повидимому, подохла. Через 1 час. в стак. без песка хорошо подвижна только 1 крупная нимфа, 3 еле шевелятся, 2 неподвижны; в песке—хорошо подвижны 3 нимфы на поверхности, остальных не видно. Через 3 час. 30 мин.—без песка жива одна только крупная нимфа, остальные погибли; в песке две живых, 2 мертвых, остальные закопались. Эксикатор вскрыт через 22 часа. Все клещи погибли, при чем в стак. с песком самец, самка и крупная нимфа на поверхности, 2 мелкие нимфы в песке.

После того, как лабораторные опыты показали, что 5 куб. см. хлорпикрина на 1 куб. м. убивают клещей в течение неск. часов, были поставлены опыты затравливания в помещениях и условиях, более приближающихся к естественным. 18/VI в недавно выкапанной яме цилиндрической формы, глубиной 3,15 м., с кубатурой в 6,35 куб. м. были помещены 3 партии клещей (5 нимф, самец и самка в каждой); первая партия в стак. с песком—на самом дне, вторая—подвешена приблизительно на половине высоты, третья—без песка—поставлена в небольшой нише стены у самого верха ямы. Яма перекрыта досками и ветвями, затем сверху засыпана землей и полита водой; в оставленное небольшое отверстие влито на брошенные на дно стружки 32 куб. см. хлорпикрина, из расчета 5 куб. см. хлорпикрина на куб. м. Яма наглухо закрытой оставлена на ночь. Через 15 час. открыта. Результаты: клещи в первом стак. (на дне ямы) погибли, средний подвешенный стак. разбился, в верхнем стак., стоявшем в нише стены под самой крышей ямы, все клещи оказались живыми. Через три дня из них подохла только 1 нимфа. Неудача опыта, видимо, об'ясняется неравномерным распределением хлорпикрина, пары которого скопились на дне ямы, не создав достаточной концентрации в ея верхних слоях. (Плотность паров хлорпикрина—5,7).

Опыт 6 й и 7-й были поставлены в жилой квартире, состоящей из 2 маленьких изолированных комнат, об'емом каждая 40 куб. м. при высоте около 4 м. Стены из сырцового кирпича, беленые, пол асфальтовый, в углах мышиные норы. Жильцы этой квартиры неоднакратного ловили на себе и в особенности на кроватях клещей Ornith. papillipes; т. о. в помещениях находились естественные гнездовья клещей. Комнаты загромождены мебелью и домашними вещами, которые на время фумигации не убирались, а были лишь прикрыты газетными листами. В каждую комнату было внесено по 2 стаканчика с клещами—в песке и без него—(5 нимф, самец и самка в каждом); клещи в песке поставлены приблизительно на половине высоты комнаты, без песка на полу; оконные рамы и дверные щели заклеены бумагой. В одоной комнате разлито на полу, на стенах и развешанных листах бумаги 200 куб. см. хлорпикрина, по расчету 5 куб. см. на куб. помещения; в другой—400 куб. см. хлорпикрина, т. е.—10 куб. см. на куб. м. Работа производилась, разумеется, в масках. Пары хлорпикрина через оставшиеся незамеченными щели проникли в соседний коридор, где без маски также невозможно было находиться. Комнаты открыты через 22 часа, после начала опыта. Платье, мебель, металические вещи не пострадали; на выбеленных стенах, куда заведомо попадали брызги хлорпикрина, пятен нет; на асфальтовом полу—маслянистые тем-

ные пятна. В комнате, где была взята доза 10 куб. см. хлорпикрина на куб. м., все клещи убиты. В комнате, где хлорпикрин был взят из расчета 5 куб. см. на куб. м., клещи, помещенные на полу без земли, все погибли; клещи в стаканчике с песком, находившиеся на высоте ок. 1,5 м. от пола, на спинке дивана, все живы. Они погибли за исключением одной нимфы, только через 3—4 дня, при чем все это время они находились в том же стакане с тем же песком, но в свободном от хлорпикрина помещении.

Главным неудобством применения хлорпикрина надо считать медленность, с которой обработанное помещение освобождается от запаха газа, особенно при недостаточной вентиляции. В проведенном нами опыте с фумигацией жилой квартиры запах держался около 4 дней и в течение всего этого срока комнаты были непригодны для вселения жильцов. Даже по истечение 4 дней запах и слезоточивое действие появлялись вновь при закрывании окон и дверей на 1—2 часа. Нужно однако добавить, что вентиляция помещения производилась совершенно недостаточная: в течение ночи и половины дня было открыто лишь одно окно, заделанное решеткой; другое окно и дверь открывались только на 5-6 час., вещи для проветривания выносились на очень короткое время. Резкий запах хлорпикрина, сравнительно долго держащийся в обработанных помещениях, делая их непригодными на некоторое время для обитания, является в то же время и гарантией против несчастных случаев и случайных отравлений людей и животных. В этом его преимущество перед HCN

Выводы. Хлорпикрин в концентрации 1/100000 (10 куб. см. на 1 куб. м. помещения) является средством, пригодным для освобождения от клещей зараженных ими помещений.

После обработки требуется основательная вентиляция помещений с удалением всех вещей и проветриванием их на открытом воздухе. В безветренные дни, когда вентиляция совершается слабо, необходимо прибегать к искуственным мерам, повышающим тягу воздуха. К таковым относятся топка печей, установка примусов, жаровень и т. д. В помещениях большой емкости с земляными полами можно раскладывать костры.

Скорее всего погибают от действия хлорпикрина мелкие голодные нифмы; крупные особи, в особенности насосавшиеся и готовые к линьке нимфы, более выносливы. Пары хлорпикрина, повидимому, быстро проникают в рыхлые слои мусора и песка (в щели земляных построек), являющиеся местами гнездовья клещей Ornith. papillipes в естественных условиях, заставляя большую часть клещей выползать из земли.

При дозах хлорпикрина, не вполне достаточных для затравливания клещей на месте в течении первых суток, часть клещей все же погибает в сравнительно непродолжительном времени уже после освобождения помещения от паров хлорпикрина.

К вопросу об эпидемиологии и профилактике скарлатины

I. Противоскарлатинозные прививки в Ташкенте в 1928 и 29 году.

Д-р А. В. Георгиевский и д-р М. Т. Землянова.

(Из Узбекск. Санитарно-Бактериологического И-та. Директор проф. Греков и Ташкентского Профилактического Диспансера № 1. Заведующая д-р Диваева).

Противоскарлатинозные прививки в Ташкенте в 1928 и 29 году являются продолжением работы в этом направлении 1926-27 года. Материал этих кампаний нами обработан и напечатан в „Медицинской Мысли Узбекистана" за 1929 год № 8. Настоящая работа охватывает прививочные кампании 1928 и 29 года, суммируя в то же время опыт всей противоскарлатинозной прививочной работы в Ташкенте. Скарлатинозные заболевания, давшие значительные цифры в 1926-27 году, не только не проявили тенденции к уменьшению, но как бы стабилизировавшись в 1928 году, дали резкий скачек в 1929 году, достигнув небывалой для Ташкента цифры в 1729 заболеваний (см. табл. 1).

Движение скарлатинозных заболеваний в гор. Ташкенте

Табл. 1.

Год \ Месяц	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Всего
1925	10	15	13	10	9	8	7	10	6	18	29	24	159
1926	33	20	30	13	20	19	82	100	99	126	79	44	655
1927	56	26	30	16	25	39	43	97	102	126	113	38	711
1928	53	30	31	20	22	17	24	39	84	175	148	64	707
1929	51	55	45	58	62	127	156	184	226	330	302	195	1792

По сути дела, мы в Ташкенте имеем уже эндемию скарлатины, т. к. нет ни одного месяца за последние годы, когда бы скарлатины не было; имеются осенне-зимние под'емы, начинающиеся то на месяц раньше, то на месяц позже, падение кривой к декабрю—январю, но нет полного прекращения заболевания.

В 1929 же году мы, кроме того, имеем более раннее начало под'ема кривой заболеваний, и цифры ежемесячных заболеваний значительно выше таковых же за предыдущие годы. Такого же рода „сдвиг" мы

имеем и в других эпидемиях в Ташкенте, в частности с брюшным тифом, что с несомненностью указывает на общие неблагоприятные условия, содействующие росту эпидемий в городе. Здесь не место останавливаться и подробно разбирать эти условия, но все же можно указать на ухудшение жилищных условий (пониженная „норма", переуплотнение квартир в связи с перемещением крупных организаций в Ташкент), переполнение школ (занятие в 3—4 смены), чрезвычайно антисанитарное состояние дворов и улиц (ассенизационный обоз удовлетворяет только 13% требований), несовершенная госпитализация б-х (90% госпитализированных скарлатинозных б-х в предыдущие годы снизились до 80-75% в 1928-29 г.). Все это ставило и ставит перед органами здравоохранения проблему борьбы с скарлатиной, как одну из важнейших, и здесь наряду с другими мероприятиями не последнее место занимает вакцинация, наиболее легко осуществимая.

К организации прививочной кампании в 1928 году, по инициативе Бактериологического Института, было приступлено в августе, когда была восстановлена специальная комиссия по скарлатинозным прививкам. С начала сентября работало три специальных прививочных отряда, прививки делались всеми отрядами до января 1929 года, с января до апреля работал только один отряд. В 1929 году прививки начались с конца июля и велись в течение августа силами школьно-профилактического диспансера, с сентября до января 1930 г. работало 6 отрядов, с января остался только один отряд. Отряды находились в непосредственном подчинении школьно-профилактическому диспансеру № 1. Всей работой руководила постоянная прививочная скарлатинозная комиссия, куда входили представители саннадзора, школьного диспансера, эпидемической больницы, Медфака и Бактериологического Института. В 1928 г. проводились с начала кампании прививки комбинированной вакциной и скарлатинозным токсином Института инфекционных болезней им. Мечникова в Москве. К концу кампании Узбекским Санитарно-Бактериологическим Институтом была приготовлена комбинированная вакцина на месте, и прививки проводились последней; токсин употреблялся исключительно Мечниковского института. В 1929 году прививки проводились, главным образом, вакциной Узбекского Санитарно-Бактериологического Института и лишь частично вакциной Мечниковского Института, токсин, как и в предыдущем году, был из Москвы. Схема прививок была принята Московская: 3 прививки вакциной, 4-я токсином. Дозировка, показания, противопоказания и пр., применительно к инструкции Мечниковского Института. Перед вакцинацией проводилась реакция Дика; до восьми лет вакцинировались все дети, независимо от р. Дика, после 8 лет — только дети с положительной р. Дика.

Данные прививок 1928 г. разработаны подробно. Данные же 1929 г. детально еще не разработаны, но полученный материал дает возможность сделать общие заключения и выводы. В дальнейшем, мы будем оговариваться в тех случаях, где приводятся данные касающиеся только одного какого нибудь года. Прививками за эти годы были охвачены, главным образом, организованные дети и лишь в небольшой части неорганизованное население; так, в 1928 году прививки проведены в 2 домах грудного ребенка, 7 детдомах, 7 детсадах и 22 школах и 928 неорганизованным детям; примерно, такой же охват был и в 1929 г.; к этому только присоединились еще прививки на детских площадках в июле—августе, правда, охватившие небольшое количество детей. Как и в предыдущие годы прививки делались только среди детей бывшего нового

Ташкента, коренному населению прививки не делались. Привито в 1928 г. 5809 детей, а в 1929—12116, а всего 17025 (см. табл. 2).

Количество детей вакцинированных против скарлатины в 1928-1929 г.

Табл. 2.

Сколько сделано прививок	1928 г.		1929 г.	
	Количество детей	%	Количество детей	%
Одна прививка	339	6	2814	23
Две прививки	334	6	986	8
Три «	377	6.2	105	0.8
Четыре «	4759	81.8	8311	67.2
Всего детей	*5809*		*12116*	
Всего сделано прививок	**21174**		**38245**	

Полностью прививки (4) получили в 1928 г. 4759 или 81,3%, а в 1929 г.—8311 или 68,2%. Всего за 2 года 13070 детей или 76% всех прививавшихся. В 1928 году закончили прививку в большом проценте, по сравнению с 1929 годом; главный „отход" в 1929 г. происходил после первой прививки (сделали одну только прививку 2814 детей—23%): это объясняется, повидимому, болезненностью прививок, которая отмечалась в эту кампанию в связи с употреблением вакцины Узбекского Санитарно-Бактериологического Института. Вакцина Института Мечникова давала болезненность значительно меньше, за исключением одной серии, что в свою очередь можно об'яснить разницей в методах приготовления вакцин: Мечниковский Институт готовит вакцину на Гетингеровской среде, а Узбекский Институт на обычном бульоне, богатом белками. Предварительное подогревание вакцины до температуры тела уменьшало болезненные явления при прививках.

Распределение привитых по возрастам в 1928 году (см. табл. 3)

Противоскарлатинозные прививки в 1928 г.

Табл. 3.

Возраст привитых	Количество детей	Получили			
		1 прив.	2 прив.	3 прив.	4 прив.
До 1 года	33	3	14	2	14
1 — 4	295	7	82	25	184
5 — 9	2398	126	162	122	1988
10 — 14	2625	175	50	204	2196
15 — и выше	458	28	26	24	380
Всего	5809	339	334	377	4759

показывает, что главный контингент привитых приходится на дошкольный и школьный возраст; детей до 4 лет (главным образом, неорганизованное население), сравнительно немного. В 1929 г. соотношения те же. Распределение по полу дает почти равное количество мальчиков и девочек во всех возрастах. Реакция на прививки, как местная, так и общая, отмечается, главным образом, после первой прививки во всех возрастах (о болезненности в момент самой прививки уже говорилось выше), значительно меньше после 2-ой и 3-ей прививки и совершенно отсутствует после 4-й (токсином).

Местная реакция выражалась краснотой, болезненностью и, значительно реже, припухлостью и инфильтрацией; сыпь на месте прививок—в единичных случаях. Общая реакция выражалась, главным образом, в под'еме т-ры, большей частью не больше 38°, реже до 39°, головными болями и недомоганием; рвота, ангина и сыпи встречались значительно реже. Суммируя общую и местную реакцию и обозначая их общими терминами: слабая, средняя, сильная, мы должны отметить преобладание отрицательной реакции (80%), затем идет слабая (14%) и значительно меньше средняя и сильная (6%). Разницы в силе местных и общих реакций при применении вакцины Мечниковского И-та и Узбекского Санитарно-Бактериологического Института, в общем, отметить нельзя. Осложнений после прививок не отмечалось. Один случай тяжелого состояния девочки 4 лет, вакцинированной в 1927/28 г., после однократной прививки в 1929 году, трактовавшийся, как случай послевакцинальной анафилаксии, в дальнейшем оказался детским полимиэлитом, ни в какой связи, кроме хронологической, не стоявшим с скарлатинозными прививками.

Переходя к вопросу об эффекте проведенных прививок в отношении снижения заболеваемости и смертности, приходится отметить, что и в кампании 1928—29 годов с трудом удалось собрать сведения о заболевших и умерших вакцинированных и при том исключительно среди госпитализированных в эпидемической больнице. Поэтому в дальнейших выводах приходится вносить ряд коррективов. Всего за 1928 г. заболело скарлатиной 707 и в 1929 году—1729 человек. Из них госпитализировано, по данным эпидбольницы, в 1928 году 496, или 70%, в 1929—1244, или 75%. По данным статистического отдела Горздрава, в 1928 году госпитализировано 586 (82%) и в 1929 г. 1211 (70%) человек. Умерло от скарлатины, по данным статистического отдела Горздрава, в стационарах за 1928 г. 51 чел., за 1929—197; по данным эпидбольницы, за 1928 год умерло 47, а за 1929—186 человек.

При вычислении %% смертности мы будем учитывать только данныя о б-х госпитализированных в эпидбольнице как более достоверные, где может быть учтен их национальный состав, а также количество вакцинированных и невакцинированных. Сведения о заболевших среди привитых мы, как указывалось, имеем только по эпидбольнице: за 1928 год отмечено 11 вакцинированных и за 1929—88. Цифры эти получены путем просмотра историй болезни больницы за эти годы и выведены на основании тех отметок, которые имелись в них. В общее число вакцинированных заболевших включены и вакцинированные полностью и получившие 1—2 прививки, т-е., по сути дела не вакцинированные. Отбрасывая эти случаи и принимая во внимание вакцинированных только полностью, мы получим окончательно следующие цифры: заболевших вакцинированных в 1928 году—9 человек и в 1929—58. В число вакцинированных полностью отнесены дети, получившие при-

вивки в 1926, 27, 28 и 29 годах, если же выделить вакцинированных в том же году, то за 1928 заболело—5 и за 1929 г.—32 человека. В дальнейших вычислениях мы должны по отношению к заболеваемости привитых и непривитых вести расчет только на детское население бывшего нового города, т. к. среди узбеков привитых не было, и, следовательно, из общего числа заболевших непривитых отбросить число заболевших узбеков, а также из общего числа детского населения выключить привитых с 1926 по 1929 год, учтя в то же время естественный и механический прирост детского населения за эти годы. Далее, учитывая отсутствие данных о заболеваемости среди привитых не госпитализированных, нужно увеличить число заболевших привитых; считая что на 25% негоспитализированных больных приходится не меньший процент и вакцинированных, мы можем принять число заболевших вакцинированных за 1928 г. в 12 человек и в 1929—72 человека, соответствующую поправку нужно внести и в цифры заболевших вакцинированных в этом же году. Сведя все эти данные в таблицы (№ 4 и 5),

Заболеваемость скарлатиной непривитых детей б. нового Ташкента

Табл. 4

Год	Количество детск. населен. г. Ташкента	Из них вакцин. с 26 г.	Колич. невакцин.	Общее количество забол.	Колич. заболев. узбек.	Колич. забол. привит.	Колич. забол. непривит.	% заболеваемости
1928	64762	10269	54493	707	43	12	652	1,2
1929	68875	18580	50295	1792	142	72	1578	3,0

Заболеваемость скарлатиной привитых детей б. нов. Ташкента

Табл. 5

Год	Колич. привит.	Общее колич. заболев. среди привитых	Заболевш. из привитых в этом же году	% забол.
1928	4759	12	7	0,5
1929	8311	72	40	0,48

мы видим, что процент заболеваемости среди непривитых 1928 г. составляет 1,2%, а в 1929—3%, среди вакцинированных за те-же годы—0,15% и 0,48%, т.-е., среди вакцинированных имеется снижение заболеваемости в $6^1/_2$—8 раз: по данным 1926/27 г., отмечалось снижение в $7^1/_2$ раз. Данныя о смертности среди привитых и непривитых, как указывалось, мы берем только по эпидемической больнице, отбросив при наших расчетах число заболевших и умерших узбеков.

Смертность среди привитых и непривитых (по данным эпид. больницы)

Табл. 6

Год	Общее колич. больных (не узб.), проход. через больницу	Количество непривит.	Привитых	Умерло непривитых	Умерло привитых	% смертности непривит.	% смертности прив.
1928	453	441	9	39	0	8,7	0
1929	1102	1044	58	151	2	11,1	3,4

Таким образом, смертность среди привитых в 1928 г. равна 0 и в 1929 г.—3,4%, при смертности среди непривитых в 1928 г.—8,7% и в 1929 г.—14,4%, т.-е., уменьшение смертности среди привитых, по крайней мере, в 4 раза (по данным 1926/27 г.г.—также в 4 раза).

При этом необходимо отметить, что заболеваемость и смертность среди непривитых и привитых идут параллельно друг другу, увеличиваясь в годы большей напряженности и, так сказать, „злостности" эпидемии (сравн. 1928 и 1929 годы). При изучении цифр заболеваемости среди привитых за 1928 и 29 г.г., мы видим, что из 9 заболевших в 1928 г. 2 вакцинировались в 1926 г., в 1927 г. и только 5 в том же 1928 г.

Из 58 заболевших в 1929 г. 6 вакцинировались в 1927 г., 20 в 1928 и 32 в 1929 г. Таким образом, вакцинированные в год заболевания составляют 55% всех заболевших. Эти небольшие цифры показывают, что иммунитет среди вакцинированных довольно стоек, т. к. имеется незначительный % заболеваемости среди вакцинированных в предыдущие годы. Если мы подведем итог заболеваемости среди привитых за все годы прививок (1926 29), то на 18580 привитых заболело всего 122 чел., что составит 0,65%, т.-е., значительно ниже процента заболеваемости среди непривитых за все эти годы.

Охват прививками детского населения Ташкента за эти годы дает нам следующие цифры: с 1926 по 1929 год включительно из 68875 детей бывшего нового Ташкента вакцинированы полностью 18580 детей, или 27%, и, таким образом, охват нужно считать далеко еще недостаточным, т.-к., по мнению проф. Коршуна, „прививки против скарлатины могут ограничить развитие эпидемии, а в более замкнутых очагах с малоподвижным населением даже купировать ее, если привито не менее 50% восприимчивого детского населения".

Дальнейшая работа должна быть направлена к более широкой вакцинации детей, главным образом, дошкольников и неорганизованного населения, т.-к. школьники бывш. нового Ташкента охвачены прививками сравнительно широко.

Выводы: 1. Скарлатина в Ташкенте за последние годы носит характер эндемии с резким увеличением числа заболеваний за 29 год.

1. Противоскарлатинозные прививки 1928 и 29 г. в Ташкенте комбинированной вакциной и токсином гемолитического стрептококка, выделенного от скарлатинозных больных, будучи безопасными и не давая осложнений, подтвердили данные опыта прививочной кампании 1926 27 г.

о том, что „вакцинация снизила в Ташкенте процент заболеваемости у привитых по сравнению с непривитыми в 7 раз".

3. Смертность среди заболевших вакцинированных, по сравнению с невакцинированными, значительно ниже: по данным 1928 года равна 0, по данным 29 года меньше в 4 раза.

4. Достаточный эффект вакцинации, оказывающий влияние на общий ход эпидемии, может выявиться только при условии проведения одновременно обще-санитарных мероприятий по борьбе с скарлатиной (учет и госпитализация б-х, дезинфекция) и достаточного охвата детского населения прививками. До настоящего времени в Ташкенте охвачено 27% детского населения быв. нового города, что нужно считать недостаточным.

Итоги переписи слепых в б. ст. гор. Ташкенте*).

Проф. А. Н. Мурзин.

(Из Глазной клиники Средне-Азиатского Государственного Университета. Директор-профессор А. Н. Мурзин).

Вопрос о слепоте в Средней Азии, распространении и причинах ее до настоящего времени остается недостаточно выясненным. Меры борьбы с глазными заболеваниями и слепотой отчетливо не конкретизированы и весьма медленно проводятся в жизнь. А вместе с тем количество слепых не уменьшается, наносится ущерб народному хозяйству и создаются тяжелые душевные переживания для отдельной личности. Все это заставляет внимательнее отнестись к слепоте, как социальному бедствию и искать выход к предупреждению дальнейшего его развития и смягчению его последствий в настоящее время.

Старая истина, что одним из главных условий победы над врагом является точное знание его сил, полностью сохраняет свое значение и в борьбе со слепотой. Поэтому, прежде всего, необходима статистика слепоты, которая может быть осуществлена различными методами. Наиболее точным из них является метод поголовного осмотра, но провести его в совершенной форме мы не имеем возможности, главным образом, благодаря недостаточному количеству обследователей – врачей и ограниченному времени. В начале переписи**) опыт подворного обхода был сделан, но оказалось, что два врача в течение дня могли при этом обойти только 2—3 махалли, приходилось тратить много времени на вызов домохозяина, переговоры и проч. Поэтому пришлось от такого способа отказаться и выбрать иной, а именно: получить сведения о местонахождении слепых в махаллинских комиссиях, проверить эти данные опросом населения и уже затем непосредственно направляться по адресу слепых. Правда, махаллинские комиссии не всегда давали точные сведения или же совершенно отрицали наличие в их районе слепых—в таких случаях обследующий врач вынужден был обходить почти подворно всю махаллю. В некоторых случаях такой метод позволял обнаружить неуказанных махаллинской комиссией слепых. Необходимо указать, что в преобладающем числе комиссии вполне внимательно отнеслись к переписи, чему несомненно помогло деятельное участие в подготовке к регистрации слепых, проявленное Горздравом и Адм. отделом Ташгорисполкома. Мы встретили со стороны Горздравотдела весьма сочувственное отношение к нашему начинанию, выразившееся, между прочим, в предоставлении средств на печатание анкет. Адмотдел

*) Доложено в заседании Ташкентского Офтальмологического Общества 19 мая 1930 года.

**) В переписи под руководством проф. А. Н. Мурзина участвовали сотрудники Глазной Клиники САГУ врачи—А. А. Аббасов, А. С. Вейс, Л. А. Калашников, И. Д. Кеслер и С. Д. Озимин.

поставил в известность о предстоящей переписи махаллинские комиссии с предложением оказать нам помощь. Наконец, в газете „Красный Узбекистан" была помещена информация о целях переписи с призывом к населению оказать нам содействие. Для получения необходимых сведений мы пользовались анкетой, в основном тождественной с той, которая была выработана Киевским Офтальмологическим Обществом. В ней, кроме обычных пунктов регистрации, имеются отделы, касающиеся: 1) причин слепоты, 2) физического состояния слепого, 3) профилактики слепоты и 4) быта слепого. В первом отделе выясняется основная характеристика причины слепоты: является ли она наследственной и врожденной или приобретенной. Последняя подразделяется на отдельные виды: социальные болезни, инфекционные и травма.

Во втором отделе мы имеем подробную характеристику физического состояния больного и анатомический диагноз глазного заболевания, вызвавшего слепоту. В отделе профилактики мы получаем ответы о грамотности, материальной обеспеченности и обращаемости к врачебной или другой помощи. Весьма обширным отделом является последний: быт слепого. Сюда входят вопросы о средствах к существованию, условиях жизни слепых, обучении слепых грамоте, общественной работе, желании слепого участвовать в трудовой жизни.

Что касается быта слепых, то он довольно однообразен. В подавляющем большинстве слепые живут с семьей в тех же общих помещениях, не пользуясь никаким особым вниманием и уходом со стороны окружающих родных; пропитание они находят себе здесь же в семье. Горячая пища—плов и шурпа составляют, сравнительно, редкое исключение, главной же пищей служит чай с лепешкой и низкосортный сушеный урюк. В некоторых случаях слепые влачат ужасающее бедственное существование—такова нередко участь стариков-слепцов. В особенности тяжелы условия жизни одиноких слепцов, пропитание которых зависит всецело от благотворительности окружающего населения. До какой степени нищеты доходят слепые, показывает случай, когда слепая женщина при нашем опросе рассказала, что она не ела горячей пищи в течение трех месяцев и даже не каждый день имела сухую лепешку. Одинокие слепые мужчины нередко живут при мечетях, где они ютятся в темных, сырых, без окон и сандала небольших каркасных пристройках, существуя на подаяние населения.

Какими-либо ремеслами слепые, в огромном большинстве, не занимаются. Нам встретился, кроме слепых, работающих в щеточной мастерской при школе, только один слепой, который занимался плетением сетей. Женщины слепые еще менее принимают участие в трудовой жизни.

Профессиональное нищенство среди слепых здесь отсутствует. Начало переписи совпало с зимним холодным периодом и слепцов мы обычно заставали греющимися у сандала; тут же приходилось производить исследование или для этой цели слепые выводились на айван.

Часть слепых, около 45 человек, организована в общество слепых и школу, помещающуюся в б. медрессе „Кугулташ". Помещение школы состоит из одной темной комнаты со сводчатым высоким потолком, сырыми стенами; часть комнаты отгорожена и в ней помещается щеточная мастерская. Учащиеся делятся на две группы: 1) умеющие читать и писать по выпуклому шрифту и 2) начинающие обучение. Необходимо отметить, что книг, напечатанных на узбекском языке выпук-

лым шрифтом, нет. и слепцы почти не могут применить в жизни свои познания, полученные в школе.

Такова в общих чертах картина быта слепых в б. старом городе Ташкенте.

Не касаясь отдельных деталей, говорящих о низком культурном уровне слепых, в этом отношении мы располагаем следующим материалом, полученным из опроса как самих слепых, так и членов их семейств. Грамотных и полуграмотных оказалось всего 10 человек (из них 3 умели писать и читать только на родном языке), при чем среди них не было ни одной женщины. Учитывая, что среди всех обнаруженных слепых (239 человек) около 50 приходится на ослепших в раннем детском возрасте и по этой причине не имевших возможности быть грамотными, мы все же получаем крайне низкий % прошедших хотя бы первоначальное обучение, а именно около 5%. На вопрос, имеет ли слепой желание обучиться какому-либо труду (не считая работающих в щеточной мастерской), получен положительный ответ от 50 слепых. Все остальные слепые под тем или иным предлогом (нередко указывая на старость) отвечали отрицательно.

Из ослепших только 65 обращались к врачебной помощи по поводу заболевания глаз, вызвавшего слепоту. Все же остальные мирились с своим положением, не считая возможным или нужным искать помощи. Необходимо также указать, что многие из них обращались к врачу лишь тогда, когда слепота была уже неизлечима. При расспросах слепых мы интересовались ролью табибов в лечении глазных заболеваний и создалось вполне определенное впечатление, что влияние последних, повидимому, в значительной степени понизилось по сравнению с прошлым. Наши данные показывают, что только 7 слепых обращались за помощью к табибам.

Из 30 человек, ослепших от оспы, прививка была произведена только в 5 случаях (из них у двоих не привилась) и поэтому, надо думать, что значительный % слепоты зависит от недостаточно внимательного отношения со стороны населения к оспопрививанию.

Семьи, в которых живут слепые, оказались более или менее культурными только в числе 4-х, что составляет 1,7% к общему числу обследованных семейств.

Всего при переписи было обнаружено 239 слепых. По полу они распределяются так: мужчин 125 —52,3%, женщин 96—40,1% мальчиков 14—6,0%, девочек 4—1,4%. (Диагр. 1).

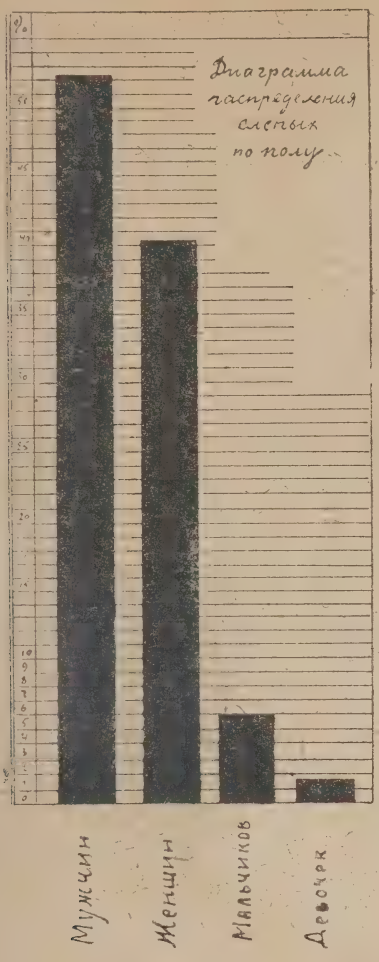
По национальности: узбеков 218—91,2%, остальная часть представлена различными народностями: татары 11—4,6%, русские 5—2,1%, таджики 3—1,2%, евреи 1—0,4%, туркмены 1—04% (Диагр. 2).

Считая население б. стар. гор. Ташкента приблизительно 200.000, мы получаем показатель слепоты равный почти 12 на 10.000 населения. По схеме Kerschbaumer'а Ташкент занимает среднее место между умеренным (пок. сл. 10) и значительным (пок. сл. 15) количеством слепых. Принимая во внимание показатель слепоты для России по Головину*)—20, мы видим, что в Ташкенте он несколько ниже. Если же взять среднюю цифру слепоты в городах России 10. то в Ташкенте мы имеем более высокий показатель.

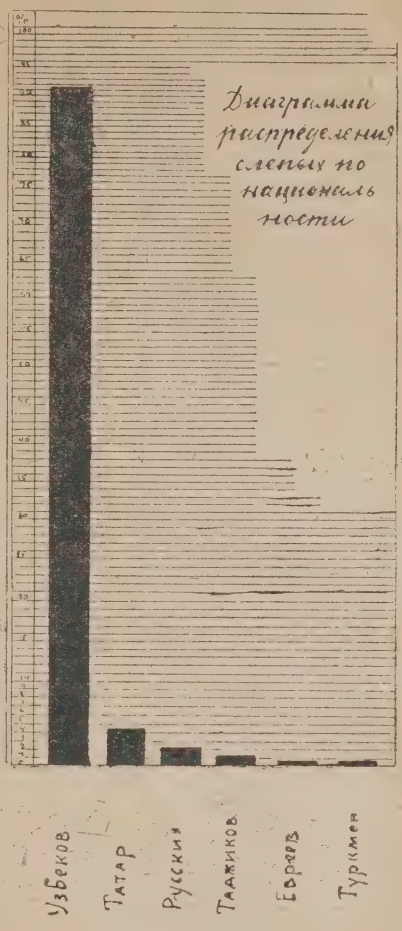
По семейному положению слепые распределяются так: холостых 28—23,7%, женатых 71 – 60.2%, вдовцов 19—16,1%, незамужних 8—9%,

*) С. С. Головин. О слепоте в России. 1910 г.

замужних 23—26%, вдов 58—65%. Таким образом, среди слепых мужчин преобладают женатые, среди женщин вдовы.



Диагр. 1.



Диагр. 2.

Относительно возраста слепых мы имеем следующие данные: до 1 г.—0, от 1—4=5—2,1%, 5—9=10—4,2%, 10—14=5—2,1%, 15—19=4—1,7%. 20—29=15—6,3%, 30—39=21—9%, 40—49=20—8,3%, 50—59=36—15%, 60—69=57—23.8%, 70—79=51—21,3%. 80 и выше=15—6,3%.

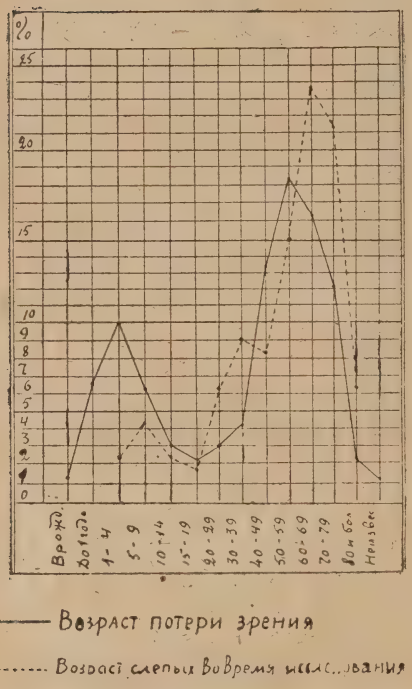
Таким образом почти $^1/_3$ слепых приходится на возраст до 40 лет. Наибольшее количество слепых дает возраст между 40 и 80 годами, что понятно из рассмотрения причин слепоты, главная доля которых падает на глаукому.

Это же подтверждает и статистика возраста, в котором наступила потеря зрения (диагр. 3.)

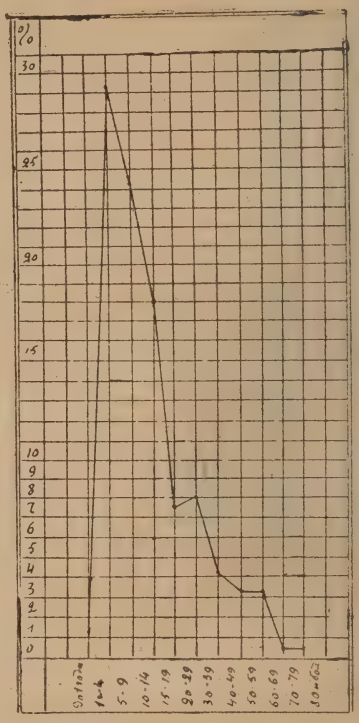
Последняя кривая кроме того указывает, что в значительном проценте случаев слепота наблюдается в детском возрасте от момента рож-

дения до 10 лет. В детском возрасте наибольший под'ем кривой совпадает с возрастом от 1 до 5 лет, в пожилом от 50 до 60 лет, превышая первый почти в два раза. Эти данные согласуются с другими исследованиями и не представляют исключения из общего статистического закона с тем лишь уклонением, что в нашей статистике второй под'ем значительно больше первого.

Продолжительность слепоты такова: до 1 г. 3 чел —1.2%, от 1 до 4=70—29,3%, 5—9=58—24,3%, 10—14=43—17,9%, 15—19=18—7.5%, 20—29=19—8%, 30—39=10—4,2%, 40—49=8—3.3%, 50—59=8—3,3%, 60—69=1—0.4%, 70—79=1—0.4%, 80 и больше—0,2% (Диагр. 4).



Диагр. 3.



Диагр. 4.

Следовательно почти $^2/_3$ существуют слепыми от 1 до 15 лет.

В этом возрасте мы имеем постепенное снижение, начиная с первого пятилетия. Далее мы видим, что приблизительно с 20 лет кривая опускается, достигая минимальной цифры к 60 годам.

При рассмотрении этиологии слепоты мы проведем сравнение полученных данных (диагр. 5) с имеющимися в литературе указаниями с одной стороны в отношении РФССР (России) (по Головину) и с другой в отношении Узбекистана (по Покровскому)*.

*) А. И. Покровский. Слепота в Узбекистане и Туркменистане. Причины ее и меры борьбы с ними. 1926 г.

Диагр. 5.

Из причин слепоты на первом месте стоит глаукома—49%. В РФССР она занимает второе место, уступая первенствующее положение трахоме. В % отношении для РФССР эта цифра падает до 19,2%, т.-е. в $2^1/_2$ раза приблизительно ниже наших данных. Если же мы сравним с данными для Узбекистана—44,6%, то увидим, что Ташкент даже превышает этот весьма значительный %.

Второе место принадлежит оспе—12,6%; эта цифра совпадает с данными для РФССР—12,1% и несколько меньше, чем для Узбекистана—15,9%.

Третьей причиной слепоты являются болезни роговицы и атрофия глазного яблока—12,1%, почти одинаково с Узбекистаном—11,% и несколько ниже, чем в РФССР—13,5%.

Трахома в Ташкенте (9,6%), как и во всем Узбекистане (8,5%), отходит на четвертое место; получается особенно резкая разница с РФССР, где трахома является самой главной причиной слепоты, достигая 21,4%.

Болезни зрительного нерва и сетчатки, по нашим данным, составляют причину слепоты в 5,4%. Эта цифра стоит близко как к данным для РФССР—4,8%, так и Узбекистана—3,9%.

Болезни сосудистого тракта у нас дали 3,3% слепых, в РФССР—3,9%, в Узбекистане—1,8%.

Блеморрея составляет лишь 2,1%, почти равный % для Узбекистана 1,9% и в $2^1/_2$ раза меньший по сравнению с РФССР—4,9%.

Повреждения также не превышают 2,1%, мало отличаются от данных для Узбекистана 1,4% и почти в два раза меньше, чем в РФССР—3,7%.

Сифилис дает 1,7% слепоты, ниже, чем в Узбекистане—3,3% и РФССР—3,7%. Здесь, может быть, имеет значение затруднение в постановке этого диагноза при беглом осмотре больного без применения более тщательного общего исследования.

Врожденная слепота составляет лишь 1,2% слепоты, цифра для Узбекистана—0,5%, для РФССР—1,8%.

Наконец, болезни центральной нервной системы являются причиной слепоты лишь в 0,9%, в Узбекистане—1,6%, в РФССР—3,9%.

Сопоставляя приведенные данные, мы видим, что по сравнению с РФССР наблюдается особенно резкая разница % слепоты от трахомы и глаукомы. Трахома в Узбекистане вообще, и в Ташкенте в част-

ности, не имеет такого большого значения в этиологии слепоты, как в РФССР.

С другой стороны, при сравнении цифр, выведенных для Узбекистана, с нашими наблюдается почти полное их совпадение, при чем порядок расположения причин слепоты один и тот же.

Итак, главными причинами слепоты в Ташкенте являются глаукома, оспа, болезни роговицы и трахома.

Переходя к анализу каждой из приведенных причин слепоты, мы прежде всего должны констатировать наибольшие затруднения для объяснения такого широкого распространения глаукомы, которое мы наблюдаем в Средней Азии и в частности в Ташкенте. Мы не знаем, какие моменты обусловливают ту или иную частоту глаукомы в той или иной местности. Соображения о влиянии географического положения, народности не дают достаточно обоснованных доказательств по этому вопросу. На территории Средней Азии мы имеем Ферганский округ с весьма большим распространением глаукомы, с другой стороны, в Семиреченской области глаукома встречается значительно реже. В Туркменистане Мервский округ дает больший % слепых от глаукомы, Ашхабадский наоборот—от трахомы (Покровский).

Вопрос о глаукоме в Средней Азии, условиях ее распространения еще далеко не изучен и требует продолжительных, тщательных наблюдений; он неразрывно связан с прогрессом наших знаний относительно патогенеза этого страдания.

Оспа широко распространена в Средней Азии, что делает понятным высокий % слепоты вследствие ее. По Покровскому, % детей, ослепших от оспы, в Средней Азии вдвое больше, чем в России вообще. Основной причиной этого является недостаточное оспопрививание.

В отношении трахомы необходимо подчеркнуть факт, упоминаемый многими врачами, работавшими в Узбекистане, что она здесь протекает сравнительно доброкачественно и не так часто ведет к слепоте.

В этиологии болезней роговицы, повидимому, имеет большое значение эпидемический кон'юнктивит, повторяющийся ежегодно в летние месяцы.

Остальные причины в нашей статистике занимают второстепенное место, поэтому мы на них подробно не останавливаемся. Укажем только, что цифра слепоты от сифилиса в действительности, вероятно, выше приведенной, так как он широко распространен в Средней Азии и представляет бытовое заболевание.

В отношении устранимости слепоты принято считать, что $^1/_3$ глаукомы может считаться устранимой, таким образом % слепоты может быть снижен при наличности своевременной специальной медицинской помощи до 16%. Оспа при правильно организованной вакцинации и ревакцинации совершенно исключается, как причина слепоты. Тоже надо сказать и про трахому и бленоррею, которые устранимы, как факторы слепоты, при надлежащих профилактических и лечебных мероприятиях. В 50% язвы роговицы могут не сопровождаться потерей зрения. Такой же % устранимости принимается для сифилиса и повреждений. Незначительно поддаются нашим воздействиям болезни сосудистого тракта и центральной нервной системы (0,1%).

Принимая во внимание указанные цифры, мы имели бы число слепых в Ташкенте 120 вместо 239.

Одной из задач переписи являлось определение числа слепых, которые могут принять участие в общей трудовой жизни и быть полезными работниками нашего Союза. Считая достаточно трудоспособным возраст от 20 до 55 лет, приблизительно $^1/_3$ слепых должна быть вовлечена в то или иное производство. Вопрос о возможности для слепых выполнения некоторых из трудовых процессов наравне со зрячими не требует в настоящее время особых доказательств. Опыт привлечения слепых к работе на фабриках и заводах в Германии, а также и у нас в различных городах Союза показал, что слепые не хуже зрячих, а иногда даже лучше последних справляются с возложенной на них той или иной работой. Нет необходимости приводить доводы и в защиту того положения, что вовлечение слепых наравне со зрячими в производство благоприятно влияет на их душевное состояние, устраняя сознание оторванности их от жизни и избавляет от незаслуженного унижения. Яркой иллюстрацией сказанного является описание проф. Головиным *) его впечатлений о работе слепых на заводах Сименс-Шуккерта в Германии: „Поразительно с какой ловкостью, точностью и уверенностью управляют слепцы всеми этими прессами, борами, токарными станками и пр. Словно наяву сбывается живая сказка. Любой человек, пока не увидит работы, не поверит, что столь сложные и даже страшные машины предназначены для слепых. Между тем казавшееся невозможным уже сделалось фактом".

Далее работа улучшает у слепых и физическое здоровье. Они чувствуют себя более бодро и настроение их становится более жизнерадостным.

Все сказанное должно послужить и нам примером в переустройстве жизни слепых Ташкента.

Одной из насущных потребностей слепых является также стремление их к культурному развитию. И в этом отношении необходимо притти на помощь слепым организацией школ, изданием литературы как художественной, так и научной, с выпуклым шрифтом на туземном языке, устройством клубов, музыкальных кружков и т. д.

Наряду с социальной помощью слепым мы не должны забывать о профилактических мероприятиях по отношению к слепоте. Кроме общих мер к поднятию экономического благосостояния и культурного уровня населения, необходима санитарно-просветительная пропаганда и усиление специальной медицинской помощи путем организации диспансеров, расширения существующей амбулаторной и стационарной помощи.

Итак проведенная перепись слепых в б. ст./гор. Ташкенте приводит нас к следующим выводам:

1. По количеству слепых Ташкент принадлежит к значительно пораженным городам.

2. Причины слепоты однородны с причинами для всего Узбекистана.

3. Наибольшее значение среди причин слепоты имеют глаукома, оспа, болезни роговицы, трахома.

4. Профилактические и лечебные мероприятия могут устранить слепоту в 50 %.

5. Необходимы расширение существующей амбулаторной и стационарной помощи, а также организация диспансера, санитарно-просветительная пропаганда среди организованных групп населения.

*) С. С. Головин. Современная постановка социальной помощи слепым. 1924 г.

6. Необходимы надлежащая организация школы слепых, издание книг с выпуклым шрифтом на узбекском языке, устройство клубов, организация музыкальных кружков и т. д.

7. Необходимо способствовать укреплению и дальнейшему развитию общества слепых.

8. Должны быть безотлагательно приняты меры к устройству слепых на производство.

9. Существующие мастерские слепых должны быть поставлены достаточно прочно, как в отношении снабжения их необходимым инструментарием и сырьем, так и сбыта их продукции.

10. Ташкентское Офтальмологическое общество должно принять активное участие в осуществлении этих задач, предоставив свои силы для совместной работы с соответствующими государственными учреждениями.

К изучению профессионального сифилиса кормилиц*).

Д-р А. М. Листенгартен и др. Филатов А. С.

(Из кожно-венерической клиники Средне-Азиатского Государственного Университета и Ташкентского кожно-венерического диспансера № 1. Директор клиники и консультант диспансера проф. И. С. Мильман).

Роль сифилиса, как профессиональной болезни в ряде производств и профессий, была знакома авторам еще задолго до открытия спирохеты. Хотя сифилис обычно трактуется как половая болезнь, все же значительное количество внеполовых заражений, в ряде местностей даже превалирующих над половыми, придают сифилису значение бытовой и изредка профессиональной болезни.

Из профессий, наиболее подвергающихся опасности заражения сифилисом, необходимо отметить медицинских работников, работников по уходу за малыми детьми, рабочих-выдувальщиков стекла, прачек и пр. В медицинской литературе не мало отмечено случаев заражения сифилисом трудящихся указанных профессий.

Необходимо отметить, что увеличенное количество бытовых заражений сифилисом в той или иной местности влияет и на увеличение количества профессионального сифилиса, ибо как первые, так и вторые, главным образом, зависят от отсутствия необходимых санитарно-гигиенических навыков у населения, а также от недостаточности профилактических мероприятий против распространения сифилиса.

Несомненно, что значительную роль в уменьшении профессионального сифилиса за последние 15—20 лет сыграло улучшение диагностики заболевания в связи с открытием спирохеты и реакции Вассермана, а также усиление санитарно-гигиенических мероприятий.

Изучение профессионального сифилиса неразрывно связано с вопросами изучения внеполового сифилиса вообще. Громадные статистики внеполовых заражений сифилисом указывают нам, что последний не может быть обойден при изучении профессиональных вредностей в той или иной профессии. По статистике Scheuer'a (1), из 952 внеполовых шанкров рук на долю медперсонала падает 284 случая, т.-е., 30%, он же (1) сообщает, что в 3,3% всех случаев внеполового сифилиса заболевают врачи. Основным источником внеполового профессионального сифилиса является работа по уходу и кормлению детей раннего детского возраста. Сюда относятся, в первую очередь, кормилицы, затем няни, санитарки, сестры и пр. Особенно опасна в смысле заражения профессия кормилиц, которые в конечном итоге рискуют не только своим здоровьем, но и здоровьем собственного ребенка, а в детских учреждениях здоровьем всех остальных детей. Особенно наглядным в этом отношении является описанный уже в самое последнее время в

*) Доложено на заседании Ташк. Дерм. Общ. в 1930 г.

1922 г. в Германии случай Zieler'a (2), когда кормилица, заразившись от одного ребенка, заразила в дет. учреждении 4 детей.

Первичный склероз на грудных железах, если он распознается, в громадном большинстве случаев является результатом кормления сифилитических детей. В значительном меньшинстве случаев шанкр на груди является следствием того, что грудь является объектом эротических наслаждений. В редко описанных случаях шанкр появляется на груди после сосания бабками для подготовления груди к кормлению у беременных и рожениц (Leloir — 3).

По статистике Фурнье (4), на 1124 внеполовых склероза — в 5,25% (59 случаев) первичный шанкр располагается на грудных железах; по его же данным, за 5 лет в парижских благотворительных учреждениях для детей 86 кормилиц заразились от детей сифилисом. Rille (5) упоминает о 536 случаях внеполовых шанкров, из которых в 2,6% (14 случаев) шанкр располагался на грудных железах. Herczeg (6) на 437 внеполовых шанкров приводит 15 (3,4%) на грудных железах. Serra (7) на 73 случая внеполового заражения сифилисом отметил — 15 (20,6%) профессионального заражения кормилиц. По Jullien (8) — на 270 случаев внеполового шанкра в 11 случаях (4,4%) — шанкр на грудных железах

Нам удалось по литературным и библиографическим источникам собрать следующие случаи профессионального заражения кормилиц, начиная с 1816 года в иностранной литературе:

Cuellerier	(9)—1816 г.	Steinthal	(10)—1831 г.
Green	(11)—1831 г.	Egan John	(12)—1847 г.
Bouchut, Hoffmann	(13)—1850 г.	Caradie	(15)—1851 г.
Ricord	(16)—1851 г.	Landmann	(17)—1851 г.
Cazenave	(18)—1852 г.	Petrini	(19)—1852 г.
Letorsay	(20)—1855 г.	Bouchacourt et Bouchut	(21)—1856 г.
Valery	(22)—1856 г.	Smith	(23)—1857 г.
Doyon et Dron	(24)—1859 г.	Junquet	(25)—1859 г.
Barillier	(26)—1860 г.	Pellizari	(27)—1861 г.
Rollet	(28)—1861 г.	Austie	(29)—1862 г.
Marmisse	(30)—1862 г.	Grandclement	(31)—1863 г.
Marmisse	(32)—1863 г.	Bruneau	(33)—1864 г.
Chérau	(34)—1866 г.	Fortin	(35)—1866 г.
Boys de Lory et de Barthelemy			(36)—1869 г.
Appay	(37)—1875 г.	Taylor	(38)—1875 г.
Fournier	(39)—1877 г.	Norteloup	(40)—1877 г.
Guerrier	(41)—1881 г.	Rollet	(42)—1887 г.
De Beaurmann	(43)—1890 г.	Marjolin	(44)—1892 г.
Raymond	(45)—1893 г.	Richard	(46)—1896 г.
Fournier	(47)—1897 г.	Hamonic	(48)—1897 г.
Scherwell	(49)—1897 г.	Fournier	(50)—1898 г.
Grabagna	(51)—1905 г.	Gaucher	(52)—1906 г.
Philippi	(53)—1907 г.	Paolantinacci	(54)—1907 г.
Geanselme	(55)—1909 г.	Finger	(56)—1910 г.
Almquist	(57)—1923 г.	Artadi	(58)—1915 г.
Zieler	(3)—1922 г.		

Случаи профессионального заражения кормилиц в условиях бывшей России были также не так уж редки. На это указывает тот факт, что на 4-м С'езде русских врачей в 1892 году этому вопросу выделен был специальный доклад Герценштейна (59). Доклад этот был результатом работ комиссии, созданной русским сифилидологическим обществом в целях предупреждения заражения сифилисом кормилиц от детей и обратно. Герценштейн (59) сообщает, что за 5 лет из грудного отделения Петербургского воспитательного дома отправлены были и сданы кормилицам в деревню 21808 питомцев; в 33 случаях (0,15%) произошло заражение сифилисом кормилиц и в 111 случаях (0,25%)—заражение питомцев. В докладе Герценштейн (59) упоминает, что в практике врача Степанова (60) в течение 2 месяцев произошло в Петербургском воспитательном доме 4 случая заражения кормилиц сифилисом. В прениях по докладу Герценштейна (59) врач Михайлов (61) сообщил, что за три года в Московскую Павловскую больницу поступило 38 кормилиц, заразившихся сифилисом от детей в Московском воспитательном доме, он же сообщает, что за это время ему подали сведения о заражении кормилиц следующие врачи: Архангельская—(62) о 17 случаях заражения кормилиц, из которых у 8-ми первичный склероз располагался на грудях; Толмачев—(63) сообщает о 27 случаях; Кашинский—(64) о 6 случаях, из них в трех случаях у кормилиц был твердый шанкр на груди; Невский (65)—о 20 случаях заражения, Эртель-Архангельская (66)—о 22 случаях, из которых в 12 случаях первичный склероз располагался на грудных сосках.

В русской литературе нам удалось найти описание и демонстрации первых случаев профессионального заболевания кормилиц—в работах конца восьмидесятых годов.

По годам описания профессионального сифилиса кормилиц располагаются следующим образом:

Белоусов	(67)—1883 г.	Поспелов	(68)—1889 г.
Герценштейн	(59)—1889 г.	Хитрово	(69)—1889 г.
Степанов	(70)—1890 г.	Герценштейн	(59)—1891 г.
Тарновский	(71)—1891 г.	Левин	(72)—1891 г.
Сперанский	(73)—1891 г.	Заболоцкий	(74)—1893 г.
Маминов	(75)—1894 г.	Черногубов	(76)—1895 г.
Сперанский	(73)—1895 г.	Розенквист	(77)—1896 г.
Сперанский	(73)—1897 г.	Ге	(74)—1898 г.
Розенквист	(77)—1901 г.	Зарубин	(78)—1907 г.
Кудин	(79)—1911 г.	Мелешко	(80)—1911 г.
Парфененко	(81)—1914 г.	Лазарев	(82)—1925 г.
Левин	(83—1926 г.	Мирабянц	(84)—1927 г.
Вартанянц	(85—1928 г.		

Кроме того, указанные выше сообщения врачей на с'езде в 1892 г.

В итоге мы имеем данные, что почти с самого начала появления венерологических работ в бывшей России отмечены случаи профессионального сифилиса кормилиц. По данным Поспелова (68), на 198 внеполовых склерозов—39 располагались на груди, среди них 14 случаев у профессиональных кормилиц; Заболоцкий (74) сообщает, что на 139 внеполовых шанкров—на грудных железах в 16 случаях,—все

появились вследствие кормления грудью сифилит. детей. Черногубов (76), на основании материалов Мясницкой больницы с 1888 г. по 1895 г., на 244 внеполовых шанкров отметил 77 на грудных сосках; все указанные случаи были у кормилиц из дет. домов. Розенквист (77) на 534 внеполовых инфекций отмечает расположение первичного склероза в 77 случаях на грудных сосках, из которых в 51 случае дело идет о профессиональных кормилицах. По материалам г. Одессы Зарубин (78) сообщает о 47 случаях внеполового сифилиса, из которых в 3 случаях шанкр располагался на груди, вследствие кормления сифилит. ребят.

Уже последние статистические данные Ижевского (86), где среди 614 внеполовых заражений 3,2% случаев имеются заражения грудных желез, говорят нам о том, что профессиональный сифилис кормилиц не исчез еще и по сие время, особенно в более отсталых и отдаленных от центра местностях; так работы Миракянца (84), Вартянянца (85) отмечают заражение грудных желез не только у проф. кормилиц, но отчасти благодаря неудовлетворительным санитарно-гигиеническим бытовым условиям жизни кавказских народностей.

Значительное распространение сифилиса в некоторых местностях Ср. Азии, конечно, ведет за собою и распространение внеполовых заражений. Борзов (87) упоминает о 7,7% внеполовых заражений, что приблизительно соответствует количеству внеполовых инфекций в довассермановской эре во Франции. На ряду с внеполовой инфекцией вообще имеются несомненно случаи заражения и через кормление детей больных сифилисом. Поэтому не лишне ко всем вышеупомянутым случаям профессионального и профессионально-бытового заражения кормящих грудью прибавить и наши 5 случаев заражения сифилисом, которые представляют интерес, как с точки зрения профессиональной, так и с социально-бытовой, тем более, что этому столь важному в смысле профилактики сифилиса вопросу в условиях Средней Азии не посвящена ни одна работа.

Наши случаи следующие:

Случай 1-й. Больная А. Ш., 24 лет, русская, кормилица «дома матери и ребенка», поступила в К. В. К. САГУ 7/III—26 г. с явлениями свежего вторичного сифилиса с резкой положительной р. В. Кроме явлений вторичного сифилиса клинически в окружности обоих сосков заметны были следы от бывш. язв; кожа в этих местах имеет сине-багровый цвет, инфильтрирована и прощупывается плотный рубец. Подкрыльцевые и шейные железы величиною с лесной орех, плотны и безболезненны, остальные железы не прощупываются. Из анамнеза удалось выяснить, что за 2 недели до поступления в клинику больная заметила на груди сыпь красного цвета, которая стала увеличиваться, затем уже появилась боль в горле. За 3 недели до указанного высыпания у больной в области обоих сосков были язвы, которые зажили, оставив рубцы. Больная указывает, что до появления язв на груди она кормила ребенка из «дома матери и ребенка» и продолжала кормить его, пока не почувствовала боль в области сосков во время кормления.

Случай 2. Больная А. А., 20 лет, русская, кормилица того же «дома матери и ребенка» поступила в К. В. К. САГУ 8/IV—1925 г. с явлением первичного склероза вокруг соска правой груди. Спирохеты обнаружены, р. В — резко положительная. Клиническая картина поражения следующая: вокруг соска правой груди резко-ограниченная медно-красного цвета язва с инфильтрированными краями, хрящеватой плотности. В правой подкрыльцевой ямке прощупывались плотные безболезненные железы. Из анамнеза удалось выяснить следующее: в первых числах марта того же года больная почувствовала легкий зуд вокруг соска правой груди. Зуд все увеличивался и через 3 недели образовалась язвочка. Больная отмечает, что из грудных детей один ребенок имел подозрительное заболевание и язвочки на губах; она его кормила один месяц.

Случай 3. Больная А. К., 22 лет, русская, кормилица того же „дома матери и ребенка», поступила в К. В. диспансер 17/VI—1925 г. с явлениями свежего вторичного сифилиса с резко положительной р. В. Кроме явлений вторичного сифилиса клиниче-

ски имелась кольцевидной формы пигментация вокруг левого соска; подмышечные лимфатические железы слева плотны, величиною с грецкий орех. Из анамнеза удалось выяснить, что больная кормила ребенка с подозрительными явлениями, после чего в мае 1925 г. на груди появилась язвочка, которая быстро исчезла, оставив след в виде пигментации.

Случай 4. Больная Ф. Б., русская, крестьянка 31 года, обратилась 19/VIII—1925 г. в К. В. диспансер по поводу язв на обоих сосках, а также по поводу заболевания ее ребенка. При осмотре удалось обнаружить на обоих сосках типичные первичные склерозы с уплотнением подлежащих желез, других явлений сифилиса не было; у ребенка же в углах рта были обнаружены сифилитические папулы. У матери и у ребенка обнаружены спирохеты, у ребенка р. В. положительная. Из анамнеза удалось выяснить, что за месяц до обращения в диспансер у больной после укусов при кормлении своего же ребенка появились язвочки, через некоторое время уплотнившиеся. При дальнейшем расследовании со стороны диспансера удалось выяснить, что заразивший свою мать при кормлении заразился от ребенка по соседству.

Случай 5. Больная Д. Б. 34 лет, русская вдова, сторожиха у станции Чиили на Ташк. ж. д., поступила 19/XII—1926 г. в К. В. клинику САГУ с проявлениями свежего вторичного сифилиса; р. В. резко положительная. Кроме явлений вторичного сифилиса клинически на левом соске имелась правильной полулунной формы язвочка, при ощупывании которой ощущалось уплотнение. Из анамнеза выяснилось, что больная в конце октября 1926 г. приложила грудного ребенка соседки к своей левой груди для того, чтобы успокоить ребенка за отсутствием матери; ребенок охотно принял грудь и в течение получаса сосал.

Из приведенных нами пяти случаев внеполового заражения сифилисом кормящих матерей с твердыми шанкрами на грудных сосках, 3 случая падают на профессиональных кормилиц в детском учреждении и 2 случая могут быть отнесены и к бытовому заражению через кормление грудью. Первые 3 случая в одном и том же доме один вслед за другим с несомненностью подтверждали наличие в доме какого-то сифилитического ребенка, явления сифилиса у которого были просмотрены.

Не лишне будет познакомиться вкратце с организацией кормления и ухода за детьми в ташкентских „домах матери и ребенка". До 1/X—1929 г. все дети в домах кормились непосредственно грудью. Только с 1/X—1929г. образован был в каждом доме сливной пункт, и молоко сцеживалось у приходящих, находящихся на учете матерей. Все матери, как правило, проходили через кожно-венерические кабинеты амбулаторий с обязательным исследованием крови по Вассерману. Кроме приходящих матерей в настоящее время имеются 14 кормилиц, которые живут при доме. К этим кормилицам, кроме ее ребенка, прикреплены еще 1—2 ребенка из дома. Всем детям производится осмотр со стороны к.-вен. диспансера и Вассермановское исследование крови; подброшенные дети выдерживают карантин до 3-х недель. В Ташкенте имеется специальный дом для грудных детей-сифилитиков, где кормление происходит сливным молоком.

Устройство сливных пунктов является мероприятием, абсолютно ограждающим здоровье кормилиц от заражения, ибо отсутствие непосредственного контакта создает условия невозможности заражения кормилиц. Этим мероприятием в Ташкенте удовлетворено одно из первых требований о предупреждении заражения кормилиц.

Нельзя однако то же сказать про остальные местности Ср. Азии, особенно про мелкие города, где еще и по настоящее время вопрос о профилактике здоровья кормилиц не стоит на высоком уровне. Наш 5-й случай, стоящий на границе бытового и профессионального сифилиса, является достаточным доказательством данного положения.

Улучшение диагностики заболеваний, надзор за поступающими детьми, постоянная связь с вен. диспансером и в самое последнее время

почти полное устранение кормления грудью—явились вполне достаточными условиями для исчезновения заражения кормилиц за последние 4 года. Правда, еще в последнее время имеются довольно крупные авторитеты-педиатры, стремящиеся к естественному кормлению детей и утверждающие, что нет надобности кормить детей сливным молоком в тех случаях, где имеется хороший врачебный контроль в детучреждениях. В доказательство приводится случай Stradner'a (88) в 1921 г., где кормилица кормила ребенка, у которого впоследствии выявился наследственный сифилис; контроль кормилицы и детей в течение 6½ месяцев дал отрицательный результат. Совершенно не присоединяясь к этому мнению, мы с особой категоричностью утверждаем, что профессиональная опасность заражения сифилисом кормилиц исчезнет тогда, когда в детучреждениях питание детей будет производиться исключительно сливным молоком. Ведь часто бывает, что после родов у ребенка нет признаков сифилиса, последний же проявляется через 2, даже 3 месяца и за это время может произойти заражение при кормлении. Zieler (3), разбирая возможность проявления сифилиса, считает необходимым выдерживать карантин не менее 8 недель перед кормлением непосредственно грудью.

Таким образом, в тех случаях, где кормление детей происходит непосредственно грудью, мы должны требовать как от детучреждений, так и при частных соглашениях для охраны здоровья кормилиц:

1. Тщательного и периодического осмотра детей врачами-специалистами в вен. учреждениях.

2. Обязательного исследования крови по Вассерману у детей и по возможности у матерей кормимого ребенка.

3. Надзор вен. диспансера за семьей кормимого ребенка.

4. Обязательной санитарно-гигиенической и санитарно-просвитительной обработки со стороны диспансера и органов охраны материнства-младенчества как кормилиц, так и семей кормилок ребенка.

5. Кормления подброшенных детей в дет. учреждениях сливным молоком. или же по крайней мере 8-минедельного карантина перед кормлением непосредственно грудью.

Если со стороны нанимателя выставляются вполне справедливые требования о выявлении состояния здоровья кормилиц для охранения детей от заражения, то и кормилица в каждом отдельном случае должна выставлять требование о действительном здоровьи кормимого ребенка.

Органы охраны труда должны, по нашему мнению, добавить к своему постановлению об условиях труда кормилиц от 17 IV—24 г. следующее: для охраны здоровья кормилиц необходимо, чтобы кормимый ребенок периодически осматривался врачами, как это в постановлении указано для кормилиц. Каждый случай заражения сифилисом кормилиц ребенком по недосмотру и непринятию профилактических мер наказуем, как в случаях профессиональных отравлений рабочих на производстве.

О каждом таком случае должен быть оповещен отдел труда для принятия необходимых мер по закону.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Scheuer.—Die Syph. d. Unschuld. 1910 г. Цит. Die Schäd. Haut. Изд. Oppenhem. T. III стр. 10. 2. Zieler. D. med. Woch. 1932 г. № 13, стр. 413. 3. Leloir.—Цит. Oppenheim. 4. Фурнье.—Учение о сифилисе. Т. 1. Изд. 1899 г. 5. Rille. Derm. W. 1924 г. № 36, стр. 1069. 6. Herczeg.—Ref. Derm. W. 1924 г. № 27. 7. Serra.—Ref. P. b. D. 1925 г. № 7. 8.—Jullien. Цит. Oppenheim. 9.—47. Цит.

Proksch.—Die Litteratur über die vener. Krankh. T. 1, 1889 г. Добавочн. том 1909 г. (полный список литературы о сифилисе). 48. Hamonic.—Journ. de mal. cut. 1897. 2 т. 49. Scherwell.—Ref. Mon. h. f. pr. D. 1897 г. T. 25. Стр. 85. 50. Fournier.—Ref. Derm. W. 1898 г. 51. Grabagna.—Ref. Mon. h. f. pr. D. 1905 г. T. 41. стр. 173. 52. Gaucher.—там же. 1905 г. T. 40. Стр. 651. 53. Philippi.—Ref. там же 1907 г. T. 44 стр. 89. 54. Paolantinacci.—Ref. там же. 1907 г. T. 44. Стр. 88. 55. Geanselme.—Ref. там же. 1909 г. т. 48 стр. 571. 56. Finger.—В руководстве Oppenheim. T. III стр. 1. 57. Artadi.—Ref. Derm. W. 1915 г., стр. 523. 58. Almquist.—Ref. P. b. D. T. 1. стр. 251. 59—60. Труды IV-го С'езда русск. врачей. 1892 г. Стр. 137. 67. Белоусов.—Мед. об. 1887 г. № 31. 68. Поспелов. Arch. f. D. и S. 1889 г. T. 21. стр. 59. 69. Хитрово.—Протокол Моск. Дерм. об. 1899 г. 70. Степанов. Журн. «Врач». 1890 г. № 44, стр. 1012. 71. Тарновский.—Там же. 1891 г. № 15, стр. 15. 72. Леви. Там же. 73. Сперанский.—Проток. Моск. вен. об. 1891 г. стр. 33. 1895—95 г., стр. 65. 1897 г.—98 стр. 22. 74. Заболотский.—Там же. 1893 г., стр. 20. 75. Маминов. Проток. Кавк. Мед. об. 1894—95 г. T. 31, стр. 55. 76. Черногубов.—Прот. Моск. Дерм. Об. 1895—96 г. стр. 77. 77. Розенквист.—Мед. об. 1901 г. Сентябрь. 78. Зарубин.—A. f. D. и S. 1907 г. T. 85, стр. 293. 79. Кудиш.—Русск. ж. к. и в. бол. Том 21. Январь 1911 г. 80. Мелешко.—там же. 81. Парфененко.—Там же. Том 26. 1913 г. Сентябрь и октябрь. 82. Лазарев. Р. в. Д.—1925 г. № 6, стр. 497. 83. Левин. В. и Д. 1926 г. № 6. стр. 899. 84. Миракянц. Р. в. Д. 1927 г. № 6. стр. 582. 85. Вартанянц.—Р. в. Д. 1928 г. № 2, стр. 158. 86. Ижевский.—Р. в. Д. 1928 г. 87. Борзов.—Мед. м. Узб. № 2—3. 1929 г. 88. Stradner.—Ref. Derm. W. 1921 г., т. 73. стр. 999.

1953—6*.

К вопросу о консультациях для беременных.

Д-р М. Финкель.

(Зав. конс. для берем. № 3).

Детская смертность в первый год жизни является показателем культурного уровня страны и в какой степени развита сеть учреждений охраны материнства и младенчества. Смертность в первый год жизни детей слагается из суммы смертности их в первую неделю, первый месяц, а затем уже в более низких цифры и дальнейшие месяцы. Henry Koplik детскую смертность в первые 4 недели разделяет на пять отдельных групп:

1. Преждевременные роды и врожденная слабость ребенка.
2. Мертворожденные, вследствие нежизнеспособности.
3. Мертворожденные, вследствие случайных причин или инструментальных повреждений.
4. Дети вполне нормально развитые, но умирающие от истощения.
5. Дети, рожденные с каким-либо конституциональным заболеванием.

Solomon и Dietrich считают, что $^1/_9$ детской смертности за год падает на смертность в первую неделю после родов. В Германии мертворожденные составляют 3% всех родов и 6% всей детской смертности.

В 1837 г. еще Лихтенштадт считал детскую смертность зависящей от причин естественных и искусственных; к первым он относил ряд моментов, важных с евгенической точки зрения, так, например, возраст родителей, алкоголизм, венболезни и т. п., а также и нерациональный, негигиенический режим беременных, неблагоприятные условия во время беременности и т. п.; на основании этого он предлагал издать закон, охраняющий беременную женщину в интересах сохранения жизнеспособного плода. Женщина—мать нации, а потому на протяжении десятилетий изучается вопрос профилактических мероприятий о женщине, как о производителе здорового, вполне жизнеспособного поколения. В 1895 г. Pinard один из первых ставит вопрос о ранней детской смертности и для борьбы с ней предлагает организовать консультацию для женщин.

В стране, где детьми гордятся, где организовываются конкурсы на лучшего ребенка, не должно быть ни одной женщины вне консультаций. Через консультации для беременных к здоровому поколению.

Консультация для беременных—школа первой ступени, родильные дома—школы второй ступени санитарно-профилактических навыков и знаний. Консультации, ведя повседневные наблюдения за беременной, исследуя мочу, кровяное давление и т. д., дают возможность предупредить самое тяжкое заболевание—эклямпсию. Измерение таза, анамнез больной создают более бережное родоразрешение как для матери, так

и для плода. Французы гордятся тем, что у них теперь почти нет эклямпсии, так как все беременные проходят консультацию (из заграничных впечатлений проф. Сердюкова). Мы, у нас в г. Ташкенте, по материалу род. приюта и род. отд. гор. больницы, можем тоже похвалиться подобным достижением, так как эклямпсия среди беременных, посещающих консультацию, не встречается.

Декапитация, эвентерация и т. п. варварские акушерские операции нами теперь не применяются, и будем надеяться, что консультации своей четкой работой сдадут в архив эти оперативные пособия, и для следующего поколения врачей эти операции будут знакомы, как архаическая древность. Во всей работе по Охр. Матер. и Млад. существует пробел, который в ближайшее время должен быть пополнен. В свое время стерильность женщины объясняли главным образом болезнью ея, а „закон" разрешал мужу, через определенный период времени разойтись с женой, „виновницей" бесплодия. Теперь мы знаем биологию спермы, мы знаем влияние гонореи и сифилиса на природу спермы, и при бесплодии подвергаем исследованию обе половины, как биологическому, так и серологическому. Тоже мы наблюдаем и в вопросе с антенатальной охраной детства: в консультации мы обрабатываем женщину, уча ее сан-гигиеническим и профилактическим мерам, забывая, что дома муж, для которого совсем непонятна биологическая трагедия жены—будь то менструация, беременность, роды или период кормления. Он ставит себя в центр и требует беспрекословнаго выполнения своих прихотей, не говоря уже о том, что всю тяжесть по домашнему хозяйству он перекладывает на беременную жену. Не случайно, конечно, Pinard говорил, что сельский хозяин оберегает стельную корову, создавая ей наиболее благоприятные условия, но заставляет беременную жену тяжело работать.

Необходимо подвергать сан-обработке и мужа, необходимо через жен в консультациях влиять на мужа—этот временный паллиатив может помочь работе по антенатальной охране детства. Врач в консультации должен быть глубоко общественником, должен быть знаком с бытом и условиями обслуживаемых им женщин.

Кроме всех указанных мною основных моментов в работе консультаций, необходимо остановиться на отсутствии наблюдения над полостью рта во время беременности. Американские и английские акушеры-гинекологи указывают, что кариез зубов, пульпиты являются хорошими источниками selbstinfection во время родов, операций и абортов. Я полагаю, что болезнь рта не может остаться без влияния и на плод. В консультациях обращаются к нам за советом—как быть, „зубы шатаются", „десны кровоточат" и т. п., и мы можем только дать маленький, не специальный, совет. Среди публики и части врачей распространено мнение, что во время беременности нельзя рвать зубы, пломбировать; мне кажется, что нельзя оставить женщину без обследования полости рта, который может быть источником инфекции, так как Охр. Мат. и Млад. есть совокупность социально-правовых и социально-гигиенических мероприятий, направленных к созданию наиболее благоприятных условий существования для матери и ребенка в периоде физиологической между ними связи, т.-е., в периоде беременности, родов и кормления грудью (по Антонову). Этим определением можно исчерпать в полной мере широкое поле работы среди беременных. И чем больше четкости в работе, чем ближе контакт между консультацией и женщиной, тем больше популярность консультации среди беременных.

По гор. Ташкенту до 1925 г. мы не имели данных о работе консультаций. В работе „через охрану материнства к оздоровлению населения" я привел целый ряд цифр за 1925—26 г. г. и, если мы пожелаем познакомиться, как развернулась работа консультаций и каковы достижения, стоит сравнить цифры посещаемости за последующие годы. Ввиду того, что работа консультаций у нас ведется однотипно, полагаю, что буду близок к истине, если возьму за основу только одну консультацию, в которой работаю с 1925 г.

Табл. № 1.

За 1925—26 г.	было	1185	лиц, посетивших	3378	раз-коэф.	2,8
1927 г.	„	1344	„ „	2996	„	2,2
1928 г.	„	1445	„ „	3984	„ „	2,7
За 10 м. 29 г.	„	1742	„ „	4927	„ „	2,8

Эта таблица интересна в том отношении, что она показывает постепенный рост числа женщин, посещавших консультацию, что же касается падения посещений с 25—26 г. г. и 27 г., то здесь необходимо отметить, что в 25—26 г. г. консультации выдавали беременным справки для получения пособия из страхкассы; женщины приходили раньше положенного срока, а затем вынуждены были обращаться повторно; что же касается дальнейшего, мы видим, как увеличивается коэфициэнт посещений на одно лицо, в то время когда мы стали проводить только профилактическую работу. Считаю безусловно необходимым отметить, что с 27 г. стали посещать консультацию женщины для получения справок на аборт.

Табл. № 2.

1927 г.	из	1344	лиц, пришли	по поводу	иск.	аб.	231	лиц	— 17,2%
1928 г.	„	1445	„ „	„ „	„	„	441	„	— 30,7%
За 10 м. 29 г.	„	1742	„ „	„ „	„	„	529	„	— 30,4%

Но более четкое представление о работе консультаций в смысле их авторитетности у населения дают данные посещаемости по срокам беременности. По этой таблице мы можем увидеть, что в 1926 г. максимум лиц, посетивших консультацию, падал на конец беременности, на вторую половину и очень мало было в первые месяцы. Об'яснение то же, что мною сказано выше; а приближаясь к 29 г., беременные начинают посещать консультацию в первую половину беременности.

Табл. № 3.

	0—3 мес.	4—6 мес.	7—9 мес.
1926 г.	132	934	1242
1927 г.	228	297	588
1928 г.	304	321	376
1929 г.	447	566	200

Кроме того, бросается в глаза резкое увеличение числа посещений между 26 г. и 29 г. По таблице № 4 мы видим, как число беременных, посетивших консультацию один раз, упало на 30%, а посещение более 3 раз увеличилось почти в четыре раза.

Табл. № 4.

	1 раз посетили	2 раза	3 раза	более 3 раз
1926 г.	1254	689	247	158
1929 г.	901	359	231	595

Для того, чтобы иметь полное представление о работе и достижениях консультации, даю табл. № 5, которая показывает, насколько большое влияние имеют консультации, как для каждой женщины стало ясным, что во время беременности нельзя обойтись без консультации, что особенно это чувствуют первобеременные и молодые. Эта таблица показывает, как предразсудки старины глубокой уходят в вечность, и женщина идет в консультацию получить ответ на волнующий ее вопрос: как пройдет беременность, как пройдут роды.

Табл. № 5.

Возраст	Года	1 бер.	2 бер.	3 бер.	4 бер.	5 бер.	Больше бер.
16—20	27	175	17	3	—	—	—
	28	140	29	5	—	—	—
	29	333	28	6	2		—
25—21	27	162	62	40	24	2	5
	28	217	85	42	17	8	9
	29	352	125	107	44	19	19
26—30	27	52	27	29	27	32	31
	28	78	32	38	34	34	44
	29	112	62	82	68	49	82
31—35	27	7	2	8	7	11	26
	28	11	8	9	9	10	28
	29	18	2	16	19	20	70
36—40	27	6	1	2	3	1	27
	28	9	2	3	3	5	15
	29	9	3	3	7	11	49
41—45	27	1		—	—	—	8
	28	3	2	1	—	1	16
	29	1	—	1	—	1	18
46—50							
	29	—	—	1	—	—	3

И наконец, последняя таблица—это социальный состав женщин, в которой почти не имеется существенной разницы. Об'яснение этому мы находим в специфичности района расположения консультации, в котором превалируют дом. хоз. над застрахованной группой населения и случайное население коренной национальности.

Табл. № 6.

	Рабочих	Служащих	Дом. хоз.	Кор. нас.
27—28 г.	103	256	1253	22 чел.
29 г.	119	266	1259	46 чел.

Консультации для женщин учреждения по антенатальной охране детства, а не клинические учреждения лечебного характера, а потому, если вначале мы считали возможным работу и профилактическую, и ведение гинекологического приема, то теперь с подобным явлением необходимо вести борьбу.

В наших условиях мы можем итти на этот компромисс только в кишлачной сети или в местах (городах), сплошь заселенных коренной национальностью, так как мы через консультации можем вести борьбу

с табибизмом и вековыми предразсудками. В городах же подобная работа создаст параллелизм. Гинекологические амбулатории для больных с женскими болезнями, а консультации для беременных.

Теперь несколько слов о дефектах в нашей работе: между беременной женщиной, посещающей консультацию, и временем помещения в больницу у нас нет контакта, как нет связи с женщиной в послеродовом состоянии.

Врачи консультаций должны не только принимать женщин во время беременности, но быть знакомыми с периодом родов и послеродовым периодом, не говоря уже о том, что никак не наладится связь с вен-и тубдиспансерами.

Что же касается абортного вопроса, то он вообще врачей консультаций как то не затрагивает, если не считать того абортного листка, который выдает консультация. Ни консультация, ни абортная комиссия не ведет учета, как часто женщина делает аборты. Консультация не знает, как прошел аборт, т.-е., все то, из чего слагаются в дальнейшем научные данные о влиянии аборта на женщину. „Все особенности женского организма как физиологические, так и духовные—особенный характер процессов питания и нервной деятельности—все это лишь выражение деятельности яичника“ (слова Рудольфа Вирхова), а нарушение деятельности яичников, воспаление матки и т. п. после аборта влечет за собой бесплодие, преждевременные роды. Только тесным контактом консультаций, абортной комиссии и больниц, производящих аборты, можно будет провести некоторые меры охраны здоровья женщин. В своей работе „К вопросу об аборте“ я указывал, что наибольшее число абортов падает на женщин, проживших половой жизнью два года, что составляет 47% (т.-е., на 100 женщин, живущих половой жизнью 2 года, коэффициент аборта равен 47), что же касается более старшего возраста, то этот коэффициэнт значительно падает; таким образом, молодое поколение стремится ограничить деторождение путем аборта. По оффициальным данным по б. н/г. Ташкенту за 1928 год на 2458 родов было 2451 искусственных абортов и 894 поступило с уже начавшимся абортом, что составляет 36,4% к общему числу абортов; значит, вопрос с так называемыми криминальными абортами не разрешен, они существуют и занимают довольно видное место. Надо заняться изучением этого момента, а это возможно только при тесном контакте консультаций и абортарий, когда эти больные после выписки будут направляться в консультации для дальнейшего наблюдения. Консультации обязаны охватить женщин в этом вопросе в полной мере, раз'ясняя значение контрацептов, проводить широкое его применение. „Стремление женщины к сознательному материнству есть ея законнейшее право“, а мы в консультациях обязаны не только предупреждать о грозящих опасностях от аборта, но и внушать значение мер предохранений. „Каждый работник по охране материнства и младенчества, от профессора до простой няни, должны иметь в виду нашу общую установку; методы общественного подхода, уменье связать работу своего учреждения с бытом обслуживаемой им социальной группы, расширить рамки культурно-просветительной работы; без этих качеств его работа не даст желаемого эффекта“ (Лебедева).

Из всего вышеизложенного я полагаю необходимым выдвинуть в настоящее время, как мероприятия первого порядка:

1. Ввести связь консультаций с родильными учреждениями и обратно.

2. Связать работу туб-вен-диспансеров с консультациями.

3. Заняться разработкой вопроса по обслуживанию отцов по вопросам „охраны материнства и младенчества".

4. Организовать специальный зубкабинет для беременных.

5. Ввести обязательный контакт консультаций, абортных комиссий и абортариев.

6. Разработать вопрос совместно с ОНО о введении в старших классах школ курса: „Гигиена женщины с охраной материнства и младенчества".

Случай из практики.

—

Случай камня в левой подчелюстной железе.

Д-р Н. Н. Токарь.

(Из Ферганской Окружной Хирургической б-цы, заведуемой д-ром Н. П. Новиковым).

Слюннокаменная болезнь, по доступной нам нашей отечественной литературе, носит казуистический характер. Хотя большинство авторов считает, что редкость этого заболевания объясняется тем, что камни редко в слюнных железах образуются по нам как Стунелю и Когану, кажется, что редкость слюннокаменной болезни объясняется и тем, что мы мало думаем о возможности слюннокаменной болезни, когда имеем дело с опухолевидным заболеванием области шеи, и больше всего центрируем наше внимание на специфических лимфаденитах. К ошибке в диагнозе мы можем отнести и наш случай, который позволим себе привести ниже.

23 октября 1928 г. в Кокандскую Окружную Хирургическую б-цу поступил больной В. 51 года, по профессии литейщик, с жалобами на опухоль под левой нижней челюстью. Из расспросов выяснилось, что в первых числах июня 1928 года г-нин В. выкупался под холодным душем и вскоре после этого почувствовал небольшую боль и заметил небольшую припухлось под левой ниждей челюстью в средней ее трети. Припухлость медленно увеличивалась, боль становилась интенсивнее. Через полторы недели „нарыв“ вскрылся в рот. Выделилось много гноя, боль сразу утихла, опухоль опала. Через месяц опухоль снова стала нарастать, боли возвратились до прежней интенсивности.

Так как больной неоднократно страдал карнезом зубов, то он, предположив, что и на этот раз болезнь идет от зубов, обратился к дантисту. Лечение не помогло. Безуспешно было лечение и у ото-рино-ляринголога. Наконец, больной был направлен в Окружную Хирургическую б-цу. За несколько дней пребывания в больнице выделения гноя прекратились, боль совершенно прошла, и только под средней третью нижней челюсти, на шее, остались увеличенные железы, из коих одна достигла величины небольшого яблока. Консистенция ее плотная, поверхность слегка бугристая. При сильном надавливании ощущает небольшую боль. Со стороны дна полости рта патологии нет, зубы нечистые. Сердце слегка расширено влево и книзу, тоны глуховаты. В легких дыхание слегка ослаблено. Со стороны органов брюшной полости, мочеполовой сферы, конечностей и нервной системы—норма. Поставлен диагноз: туберкулезный лимфаденит.

29 октября операция под общим наркозом. Разрез кожи и платизмы по верхней трети левой половины шеи параллельно нижней челюсти длиной в 8—10 см. Мышцы раздвинуты тупо в области подчелюстной железы. Последняя сращена с окружающими тканями. Сумка ее вскрыта,

но с трудом снимается с ткани железы. Сама железа плотна, увеличена в размерах; проток расширен, периферический его конец особенно уплотнен и тоже сращен с окружающими тканями. Недалеко от орального конца проток перерезан. Он оказался облитерированным. Через периферическую часть протока, в просвете подчелюстной железы, прощупы-

Разрез слюнной железы с распилом камня.

вается камень. Железа вместе с периферическим отрезком протока с трудом выделена и удалена. Тщательный гемостаз. Мышцы вокруг введенного в рану иодоформенного тампончика зашиты узловыми кетгутовыми, а кожа узловыми шелковыми швами. На разрезе удаленной железы видны выводные протоки долек, а сама ткань железы, по цвету, напоминает вареное мясо. Камень, размером 2 см. на 1,7 см., весом в 3,15 гр., имеет уплощенно округлую форму, шероховатую поверхность. 4 ноября больной выписался в хорошем состоянии.

Таким образом, мы ошиблись в диагнозе преимущественно потому, что даже не подумали о возможности в данном случае слюнного камня. Частота этого заболевания по литературным данным такова:

У д-ра Винсера за 40 лет работы—1 случай
„ „ Прибыткова за 45 лет работы—1 случай
„ „ Эйбера за 2½ года работы на 2 тысячи стац. б—х—1 случ.
„ „ Абрина . . . . . 1 случай
„ „ Зимина за 15 лет работы—2 случая
„ профессора Тихова за всю его долголетнюю медицинскую деятельность—1 сл.

В Кокандской Хирургич. б-це за 2 года—1 случай

По хирургическому и зубному кабинетам Кокандской Рабочей Поликлиники за 2 года работы—ни одного камня.

Пожарицкий, Борцов, Дев[illegible]сов, Вульштейн считают это заболевание редким. И только Ступель и Коган считают это заболевание нередким, заурядным. Если в отношении частоты этого заболевания имеются разногласия, то в отношении образования и локализации слюнных камней все авторы согласны с тем, что камни образуются в самих железах, откуда они слюной выносятся в протоки, где они чаще и обнаруживаются.

Такой вывод будет совершенно правилен, если во внимание примем данные иностранных авторов, как, например, Гейнеке, у которого на 180 случаев слюнных камней 132 локализировались в протоках, а 48 были найдены в самих железах. По данным же наших отечественных авторов, из 12 собранных нами случаев, включая сюда и наш, 7 относятся к камням слюнных желез, а 5 были находимы в протоках. При распределении камней по отдельным железам и протокам получаем: из 7 случаев, 5 относятся к подчелюстной, а 2 к подязычной; из 5 камней протоков все локализировались в протоке подчелюстной железы.

Весьма важен вопрос об этиологии слюннокаменной болезни. По одним авторам инородные тела, по другим бактерии, в просвет выводных протоков попадающие, служат отправным моментом в вызывании воспаления как в самой железе, так и в протоках. вследствие чего получается изменение состава слюны, сгущение ее, и из нее выпадают неорганические соли, оседающие на инородном теле или на кучке бактерий, как на ядре будущего камня. В собранном нами материале в 6 случаях из 12-ти, имеем дело с шахтерами, кузнецами и литейщиками, у которых, в силу обстановки работы, угольные пыльные частицы могут легко попасть в выводные протоки. К сожалению, не во всех приведенных случаях сделаны распилы камней, и потому нет фактического подтверждения инородноте льного этиологического момента. Но, при подведении профессионального этиологического базиса слюннокаменной болезни, напрашивается вопрос: почему на пыльных, предрасполагающих производствах не все рабочие, или значительная часть их, поражены слюннокаменной болезнью?

Повидимому, для этого, кроме попадания в проток инородной частицы, необходим еще один фактор, к счастью, чаще всего у работающих отсутствующий. Этот фактор пока точно не определен, но нам кажется, что надлежит обратить внимание на степень щелочности слюны у работников пыльных производств. А. А. Ступель в своей работе о камнях подчелюстной слюнной железы, зубной врач А. М. Гольденберг в своем докладе на заседании Научной Ассоциации врачей гор. Коканда по поводу образования зубных камней высказались за аналогию в составе слюнного и зубного камней. Кранц, в присутствии следов аммиака, получает из слюны за несколько часов осадок фосфорно- и углекислой извести. Вышеуказанные авторы приводят данные, что при увеличении в крови, а следовательно в слюне, аммиака или других щелочей, из слюны оседают неорганические соли ее—соли фосфорной и углекислой извести.

Ступель даже говорит, что содержимое аммиака у лиц с небольшим, средним и большим отложением зубного камня относятся как 8:51:75. Перенеся это положение к слюннокаменной болезни, мы, согласно со Ступелем, можем предположить, что в тех случаях, когда, щелочность крови, а следовательно и слюны, увеличена, как, напр., при язве желудка (24), при раке желудка (26), при подагре, при длительных лихорадящих заболеваниях—при условии наличия в протоках или железах барьера или фильтра, каковыми могут являться инородные тела, особенно кусочки угля, образование слюнного камня весьма возможно.

К сожалению, в собранном нами материале ни в анамнезе, ни в исследованиях нет указаний на щелочность слюны у больных, а также нет указаний на перенесенные больными заболевания, характеризующиеся

увеличением щелочности крови. Полагаем, что этот момент заслуживает проверки.

Кратко надлежит остановиться на вопросе о клинической картине слюннокаменной болезни. Уже тот факт, что одни авторы правильный диагноз устанавливают лишь за операционным столом, а другие к нему приходят после самопроизвольного отхождения камня, следует, что характерного симптомокомплекса, лишь слюннокаменной болезни свойственного, повидимому, нет. Редко бывают слюнные колики, о которых говорит С. Б. Файнштейн. Интенсивная же боль разного характера бывает при разных заболеваниях слюнных желез не калькулезного характера. Все остальные симптомы, которые авторами приводятся: премежающееся увеличение железы, как следствие закупорки протока и задержки слюны, наличие гнойных выделений с температурой и без оной, тоже, к сожалению, не всегда бывают. Все это приводит к тому, что своевременный диагноз слюннокаменной болезни не легок. Но если не забывать возможности такового заболевания и применить зондирование протока больной железы, особенно, если есть возможность применить рентгенографию, то надо полагать, что ошибки в постановке этого диагноза будут значительно реже, если не будут совершенно сведены к нулю. Лечение слюннокаменной болезни должно быть исключительно хирургическое и, ввиду отмеченных случаев даже троекратного рецидива после салиатомии (случай А. А. Ступеля), должно сводиться к полной экстирпации продуцирующей камень железы и протока.

В заключение считаю возможным сделать следующие выводы:

1. До настоящего времени слюннокаменная болезнь носит казуистический характер.

2. Казуистичность этого заболевания об'ясняется не только редкостью этого заболевания, но тем, что часто забываем о нем, когда имеем дело с заболеванием шейных желез.

3. Как на заслуживающем проверки факторе в этиологии слюннокаменного заболевания, нужно указать на заболевания, характеризующиеся увеличением содержания аммиака в слюне.

4. Лечение слюннокаменного заболевания должно сводиться к полной экстирпации занятых камнем слюнной железы и протока.

Больной В. демонстрирован в заседании Научной Ассоциации врачей гор. Коканда 5 XI ноября 1929 года.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Р. Векслер.—Случай нахождения камня в левой подчелюстной слюнной железе. Журнал Од. и Стом. от 1925 г. № 1. 2. С. Г. Абрин.—Два случая камней. Новая Хирургия 1928 г. № 6. 3. Гиммельфарб.—Случай нахождения камня в выводном протоке подчелюстной железы. Журн. Од. и Стом. 1929 № 8. 4 Платонов.—К казуистике слюнных камней у человека. Новый Хирургическ. архив 1927 г. т. XI, кн. 4, 5. С. М. Эйбер.—Камни под'язычной железы. Врачеб. Газета 1927 г. № 4. 6. А. А. Ступель.—К вопросу о камнях подчелюстной железы. Журн. Од. и Стом. 1928 № 7. 7. С. Б. Файнштейн.—Случай камня в выводном протоке подчелюстной железы. Журн. Од. и Стом. 1927 г. № 2. 8. Б. Елизаров —Еще о слюнном камне. Врачебн. Газета за 1927 г. № 4. 9. М. Л. Винер.—К казуистике слюнных желез. Врачебн. Дело за 1927 г. № 10. 10. С. П. Ядрин.—Камень подчелюстной железы. Врач. Дело за 1927 г. №№ 17—18. 11 А. М. Гольденберг.—Зубной камень и его образование. Доклад, читанный в заседании Научной Ассоциации врачей гор. Коканда 2 июня 1928 г. 12. Проф. Тихов.—Частная хирургия. Слюнные камни. 13. Проф. Вульштейн и Вильмс.—Инородные тела и слюнные камни. Руководство по хирургии т. 1. 14. Гессе, Гирголов и Шаак.—Камни слюнных желез. Общая Хирургия Т. 2. 15 А. М. Заблудовский.—Воспаление слюнных желез. Краткий учебник частной хирургии. 16. С. В. Ключаров, А. С. Клюева и М. А. Ометьянц.—Функция слюнных желез при хир. заболеваниях. Новая Хир. 1928 г. № 1.

К казуистике экспериментального клещевого возвратного тифа.

Д-р Троицкий Н. В.

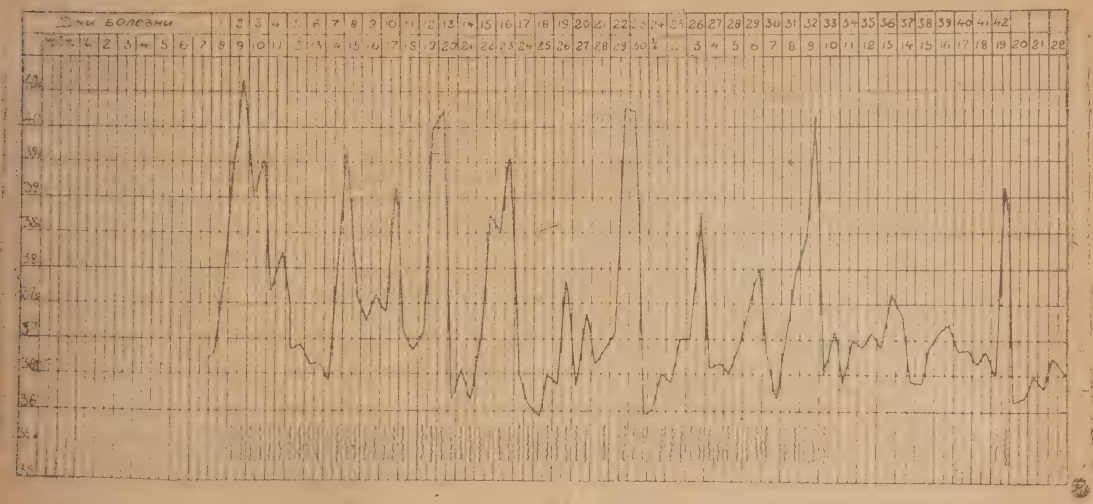
(Зав. лаборат. Ташкентского Военного Госпиталя).

Значение встречающихся в Средней Азии клещей рода Ornithodorus в переносе возвратного тифа доказано уже несколько лет тому назад (Латышев 1926 г.- вид клеща точно не определен, Москвин 1928 г.- Ornithodorus papillipes, Пикуль 1928 г.—вид клеща точно не определен); поставлено значительное количество опытов, большею частью удачных, по заражению людей возвратным тифом через укусы клещей, при чем такой метод заражения применялся не раз с терапевтической целью на больных прогрессивным параличем. Однако—более или менее подробной картины течения экспериментального клещевого возвратного тифа не приводит ни один автор; быть может, нелишним является поэтому описание одного эксперимента и его результатов, отличающегося, к тому же, некоторыми особенностями, поставленного на самом себе в мае—июне 1928 г. Работы Москина и Пикуля тогда еще не были известны.

Клещи Ornithod. papillipes были собраны приблизительно за месяц до опыта в районе Шахризябса в естественных условиях, в лаборатории не кормлены и специально не заражались. 30 мая после полудня на внутренней поверхности левого предплечья накормлены 4 самца, 3 самки и 5 нимф Ornithod. papill. Момент укуса совершенно не ощутим, на местах укусов—типичная реакция в виде звездообразного темно-багрового кровоподтека, первоначально неплотного и невыдающегося над уровнем кожи, вскоре припухающего и образующего небольшую папулу. В центре папулы легко различимый невооруженным глазом прокол кожи. К вечеру места укусов довольно сильно зудят. На другой день на правом предплечьи накормлены еще 5 Ornith. papill.- 3 самца, 2 нимфы. Особой разницы в реакции кожи на вторичные укусы по сравнению с предыдущими не усматривалось. Во время кормления и непосредственно после него клещи оставались сухими и коксальной жидкости не выделяли. Обильно потели вскоре после того, как были сняты с кожи и посажены в пробирку. В течение следующей недели папулы на местах укусов сильно зудят, резко выделяясь на коже своим багрово-желтоватым цветом.

8 мая к вечеру (т. е. на 8-й—9-й день после заражения)—легкое недомогание, ощущение усталости и жара, затем озноб. Пульс учащен. Т. 37,6; в препаратах крови („толстая капля")—спирохеты в очень небольшом количестве. Ночью легкий пот. 9 июля Т. 39,5—40,6 головная боль, временами колющие боли в левом подреберьи, селезенка не

прощупывается. Ломит ноги, общее состояние удовлетворительное, также, как и два следующих дня. Каждую ночь под утро сильный пот. В крови (препараты брались два—три раза в сутки) спирохеты в небольшом количестве, приблизительно, по соотношению с лейкоцитами, 30—40 спирохет в 1 мм³. 12 июля утром проливной пот, падение температуры до нормы, улучшение общего состояния. Спирохеты, однако, и в первый, и во второй день ремиссии из периферической крови не исчезали. Через два дня легким ознобом с болью в ногах и пояснице начался второй приступ.



Дальнейшее течение болезни видно из прилагаемой температурной кривой. Всего было 11 приступов, не считая слабо выраженного кратковременного повышения температуры между 10—11 приступами; продолжительностью первые два приступа по 4 суток,—7-й, 8-й и 11-й—1 сутки и остальные по двое суток. Промежутки между приступами очень короткие, не более 4 суток, чаще всего двое суток. Продолжительность всей болезни—42 суток. Почти каждый кризис сопровождался усиленным диурезом. Патологических изменений мочи не наблюдалось. Места укусов очень сильно зудели, особенно во время сильного потоотделения. Кстати, следы укусов ввиде круглых пигментированных пятнышек заметны до сих пор—через два года после кормления клещей.

Спирохеты на время апирексии из периферической крови не исчезали и обнаруживались ежедневно, но все время в небольшом количестве, иногда, особенно в последние апирексии, одна—две спирохеты во всей толстой капле; даже не считая конца болезни, когда кровь во время поездки в командировку обследовалась нерегулярно, спирохетэмия продолжалась под ряд 33 дня. Только во время предпоследнего приступа спирохет обнаружить не удалось. Малое количество спирохет не позволяет делать сколько-нибудь обоснованные выводы об изменениях морфологии их в различные периоды болезни. В одном и том же препарате встречались формы и аннулированные, и развернутые, длиною от 7,5 до 16,5 μ, с правильными и неправильными завитками, число которых варьировало от 2 до 7-ми, при высоте и ширине завит-

ка около 1,5 μ, нередко встречались формы с утолщением в виде одного—двух круглых зернышек.

Изменение крови.

(До заболевания и по выздоровлении: гемоглобин 95%, эритроцитов около 1.500.000, лейкоцитов 5.500—6.000, лейкоц. формула в пределах нормы).

	Эоз.	Юн.	Палочк.	Сегмент.	Лимф.	Моноцит.	
8/VI через 3—4 часа после начала 1 прист.	4	—	18	52	19,5	6,5	Клетки Тюрка.
13/VI 2-й день первой анирексии; 20 час. до начала 2 го приступа .	8	—	2,5	29	39,5	11	
20/VI; Т. 40,3°; 3-й приступ, часа за два до кризиса	—	3	33	40	17,5	6,5	
20/VI; Т. 36,1; часа через четыре после кризиса	2,5	0,5	21	31,5	35	9,5	
21/VI; апирексия между 3 и 4 приступами .	4	0,5	13,5	30	40,5	11,5	Нb—97%. Эр. 4.200.000 Лейкоцит 6.700 Спирох.—15—20 в 1 мм³
23/VI; Т. 39,6; 2-й день 4 приступа . . .	0,5	1,5	28	41,5	21,5	4	Эр. 3.915.000 Лейк. 11.000 Спирох. 170—200 в 1 мм³
29/VI; +40,3; 1-й день 6-го приступа	2,5	2	27	54,5	12	2	Эр. 4,085.000 Лейк. 12.400 Спирох. около 400 в 1 мм³
1/VII; Т. 36,0 апирек. между 6—7 приступ.	3	3	22,5	28	36	7,5	Спирох. 1—2 на 3—4 мм³
6/VII; Т. 37,7; 8-й приступ	0,5	2	24,5	53	15,5	4,5	Нb 92%. Эр. 3.980.000 Лейк. 7.900 Спирох. не более 1-й в 1 мм³
24/VII; через 5 дней после окончания последнего приступа . .	2,5	1	14	44,5	33,5	5	Спирохет не найдено

Каждый приступ характеризовался средней степени лейкоцитозом (25—40% сверх нормы), абсолютным и относительным увеличением нейтрофилов с довольно резким сдвигом влево, абсолютным и относительным понижением количества лимфоцитов, моноцитов и эозинофилов.

При небольшом за время болезни падении содержания гемоглобина, количество эритроцитов уменьшилось в средине заболевания на 2-5%.

в дальнейшем несколько выравнялось; цветовой показатель с 1 поднялся до 1,2.

Взятой во время приступа кровью заражены с положительным результатом белые крысы, свинка, щенок; кроме того во время 4-го приступа посажено на кожу бедра 6 Ornithodor. papillipes, которые насосались спирохетозной крови. Кожная реакция на местах укусов была выражена несколько слабее, но последующая пигментация кожи держится также долго.

Субъективно болезнь переносилась сравнительно легко, позволяя даже во время приступов регулярно заниматься обычной лабораторной работой. Диэта не соблюдалась. Никакого лечения, даже симптоматического, не применялось. Возможно, что такое небрежное отношение к заболеванию послужило одной из причин серьезного осложнения—помутнения стекловидного тела правого глаза, начавшегося во время 8-го приступа появлением большого количества „mouches volantes", при чем первоначально острота зрения оставалась не пониженной и офтальмоскопия никаких изменений в прозрачных средах и дне глаза не обнаруживала. Однако в ближайшие 4—5 дней острота зрения правого глаза быстро понизилась до 0,3 вследствие легко диагносцируемого массивного помутнения стекловидного тела. Хотя назначенное лечение—постепенно увеличивающиеся дозы дионина в больной глаз, иодистый калий внутрь—проводилось несистематически, острота зрения постепенно в течение 3—4 месяцев повысилась до 0,8—0,9, большая часть помутнения рассосалась, но микроскопировать все же приходилось оставшимся здоровым левым глазом. В начале августа 1929 года, более чем через год после перенесенного заболевания, без всяких внешних причин и каких-либо предвестников, при вполне нормальном общем состоянии, наступил рецидив помутнения стекловидного тела того же правого глаза, при чем за 5—7 дней острота зрения упала до 0,1 и даже ниже. При офтальмоскопии глазное дно оказывалось сплошь закрытым массивными, плавающими в стекловидном теле, различной величины и формы помутнениями. Работа, требующая перспективного определения и, следовательно, бинокулярного зрения (например, пересевы из пробирки в пробирку) стала невозможна. Лечение то же, что и при первичном помутнении, на этот раз проводилось с большей систематичностью. Но еще до лечения и в самом начале его зрение быстро начало улучшаться и через 3–4 месяца поднялось до 0,9, затем до нормы, т.-е., выше, чем до рецидива. Незначительные плавающие клочки мутных масс остались надолго, но работе, даже и микроскопии, уже не препятствовали.

Помутнения стекловидного тела, как осложнения клещевого возвратного тифа, встречаются сравнительно редко. Второй известный мне случай наблюдался также у лабораторного работника (доктора Латышева), случайно заразившегося при взятии крови у больного возвратным тифом в Персии. Против основного заболевания еще до помутнения применялся сальварсан. Помутнение (левого глаза) довольно быстро ликвидировалось под влиянием дионина и потогонного лечения. В обоих случаях пострадал тот глаз, которым обычно пользовались при монокулярном микроскопировании. Случаи рецидива помутнения стекловидного тела при клещевом возвратном тифе, да еще у лиц, давно уже вышедших из юношеского возраста, по словам офтальмологов, к которым приходилось обращаться,—исключительно редки.

К этиологии и патогенезу болезни Реклингаузена.

Д-р Авербух, Е. С.

В последнее время на страницах общей и специальной медицинской печати стали нередко появляться описания случаев неврофиброматоза. Этиология и патогенез данного заболевания мало выяснены. Как всегда в таких случаях, когда механизм заболевания неизвестен, главная этиологическая роль часто приписывается второстепенным причинным факторам, или сопутствующим заболеванию явлениям. Неудивительно, поэтому, то разнообразие причин, которым приписывается роль в возникновении болезни Реклингаузена. Одни придают главное значение экзогенным факторам: инфекции tbc (П [illegible], Сутеев), Lues'y (Мари, Вердье), травматизму (Шульман и [illegible]ори) и др. Другие подчеркивают значение эндогенных факторов: наследственности (Strube), железам внутренней секреции (Тыжненко), причем разные авторы приписывают эту роль разным железам—надпочечникам (Элиот), щитовидной железе (Дебов), гипофизу (К[illegible]), половым железам (Шостакович и др.

Подмечая частую связь данного заболевания с болезнями кожи (пятнами, узелками, бородавками), Feindel назвал неврофиброматоз „maladie de l'éctoderme". Но так как наряду часто затронута и костная система то Sainton выдвинул свою „эктомезодермическую" теорию.

Это обилие теорий об'ясняется тем, что еще не накоплен достаточный материал, чтобы можно было вывести закономерность. Лишь анализ большого количества случаев даст возможность выяснить сущность и этого заболевания. Поэтому, желательна регистрация всех случаев и, исходя из этого, мы себе разрешаем поделиться и нашим случаем.

Anamnesis morb. Больной Ш. М. М., 30 лет. 25 лет тому назад после сильного ушиба в голову у больного появилась опухоль над левым ухом. К одинадцати годам опухоль достигла величины большого куриного яйца и давила на ушную раковину, так что мешала больному слушать. Опухоль была удалена в Ярославле и гистологически установлена неврофиброма. Через некоторое время на том же месте опять стала рости опухоль, а в 1918 г. появились еще две опухоли, одна на медиальной стороне правого плеча, а другая ниже угла правой лопатки. С ростом этих опухолей появились боли в левом ухе и правой руке. В 1928 г. больной вторично подвергся операции в Ташкенте. Все 3 опухоли удалены. Гистологически установлено—неврофиброма. После операции больной не владел правой рукой. Движение востанавливалось медленно. За последнее время стало появляться много мелких опухолей.

Anamnesis vitae: Больной четвертый по счету; родился в срок; до трех лет не говорил; часто ушибал себе голову, Перенес корь, скарлатину, ветреную оспу. Условия жизни удовлетворительные. В настоящее время канцелярский работник. Курит, пьет редко. Венерические отрицает.

Anamnesis familiaris: Отец алкоголик, душевнобольной, мать была слабой болезненной женщиной. 30 лет окончила жизнь самоубийством, сестра больна туберкулезом, остальные братья и сестры умерли в раннем детстве от tbc и др. заболеваний.

Status praesens: больной ниже среднего роста. Левое плечо опущено. Голова наклонена влево—scoliosis. Питание—среднее. На коже желтые и белые (лейкодермические) пятна, множество бородавок и мягких папул синеватого цвета. На шее и над ключицами много маленьких, величиной с горошину, опухолей.

На правом плече и на правом бедре выше коленной ямки—опухоли величиной в голубиное яйцо, болезненные при давлении. Голова по отношению к туловищу, относительно, большая. Уши оттопырены. Левое ухо ниже правого. Резко выраженная носогубная складка с опущенными углами рта придает лицу выражение скорби. Зрачки узки и несовсем правильной формы. Реакции сохранены. Высокое небо. Остальные черепномозговые нервы N. Слабость в правой руке, главным образом, в кисти. По динамометру d = 50, s = 100.

Тонус верхних конечностей N. Сухомил. ρ—сы резкие, периостальные средней живости. Брюшинные рефлексы—живые, справа чуть-чуть ниже. Ρ—сы с Cremoster'ов —вялые с обеих сторон. Нижние конечности Тонус справа чуть выше, в правой ноге—нерезкая дифузная слабость, колен.. и ахил. ρ—сы высокие, справа чуть выше. Патологических ρ—ов нет. Справа некоторое пониженне всех видов чувствительности, не доходя до средней линии. Психика: больной вял, жалуется на сонливость, временами резкую. Настроение угнетенное. Общества не любит. Со стороны внутренних органов резких отклонений от N нет.

RW —, Sg —, в моче ничего патологического.

Неврофибромы на периферических нервах, ряд симптомов указывающих на то, что и Ц.Н.С. задета и характерные кожные изменения позволяют нам диагностировать болезнь Recklingausen'а. Обращают на себя внимание в нашем случае: отрицательная наследственность алкоголизма, туберкулез и психопатия. Интоксикация зародышевых клеток могла вызвать отклонение в эмбриогенезе и конституциональную неустойчивость организма. Это предположение тем более вероятно, что наш больной заболел в раннем детстве. Травма же сыграла лишь роль Agent provocateur. Такую же роль может играть инфекция, или другие вредные воздействия.

II Рефераты и рецензии.

M. Flesch. **Gehirn und Veranlagung des Verbrechers**. 1929. Стр. 151.

Книга Flesch'а интересна, как произведение дожившего до нашего времени современника первых дней уголовной антропологии. Угасшая было звезда этой науки за последнее время как будто начинает снова разгораться: в Италии, в Бельгии мы находим более или менее правоверных последователей Ломброзо; некоторые, на наш взгляд, неправильно, видят возрождение идей Ломброзо в современных теориях, использующих для криминологических целей учение о конституциях. Интересно, поэтому, посмотреть, что осталось от учения Ломброзо в сборнике, изданном его современником в 1929 году.

Книга является, именно, сборником статей, написанных в разное время, на протяжении почти полувека. Статьи эти различны по характеру: рядом с теоретическими статьями, мы находим казуистические описания преступлений и самоубийств. На этом разнообразном, разновременном материале автор приходит к выводам, формулированным в его теоретических статьях, начинающих и заканчивающих сборник.

Предполагая основные черты учения Ломброзо известными, посмотрим, что от них осталось в книге Флеша.

Термин «прирожденный преступник», даже «прирожденная проститутка», находятся в книге. Мы встречаем и тезис об эквивалентности преступления и проституции, преступления и самоубийства. Роднит автора с Ломброзо и, в особенности, с Бенедиктом, большое значение, придаваемое исследованию мозга преступников. Даже специфическая, передаваемая по наследству преступная склонность находит себе место в книге.

Однако, все это уже не то. Нет категоричности, нет догматической самоуверенности Ломброзо. Рядом со всей аппаратурой правоверного биологизма, в книге находим такие черты, которые сводят на нет идеи прирожденного и на которые ссылаются обычно противники этой теории. Предрешенный, роковой характер прирожденного преступника исчез: этот преступник может не совершить преступления, с другой стороны, преступление может совершить человек, не наделенный никакими признаками атавизма и вырождения. Социальные условия, влияние которых вынужден был в свое время признать Ломброзо, еще резче подчеркиваются в генезисе преступления одним из немногих живущих его современников и соратников. А если так, что же остается от самой идеи, от этого основного пункта в антропологической теории преступления? То, на что указывал уже давно Блейлер, о чем говорит теперь Бирнбаум и многие другие,—что известный %—не очень большой—преступников составляют люди, психические механизмы которых не реагируют надлежащим образом на культурные условия и требования своего времени. Ни атавизм, ни вырождение не делают еще преступником.

Флеш делит с Ломброзо и его школой основную методологическую ошибку: оперирование понятиями «тип», «норма», без выяснения их объема и содержания. Тип «преступника вообще» не существует и существовать не может в качестве биологической категории: «преступный» социально-оценочное суждение, прилагаемое к самым разнообразным с биологической точки зрения явлениям.

И казуистический материал, собранный в книге, и некоторые из его замечаний представляют значительный интерес. Юристу книга лишний раз напоминает, что кроме деяния есть и деятель, снижает моральный пафос; для врача поучителен отход от чисто биологического освещения проблемы преступности, совершенный врачом, на глазах которого прошло все развитие антропологической школы.

И. Аносов.

III. Научные общества и с'езды.

ВСЕСОЮЗНЫЙ С'ЕЗД ПАТОЛОГОВ.

Баку 1—7 июня 1930 г.

В работах с'езда принимало участие до 600 делегатов—представителей научных учреждений и организаций всего Советского Союза.

Из за границы на с'езде присутствовали: проф. Любарш (Берлин), проф. Хамди-Бей (Константинополь), доктор Арндт (Марбург) и доктор Гампер ль (Вена).

С'езд был открыт Председателем Совнаркома Азербайджана т. Буниат-Заде.

В программу работ с'езда входили вопросы патологии инфекционных заболеваний, краевых инфекций, профессиональных болезней, зоба и ряд индивидуальных сообщений.

По вопросу о патологической анатомии инфекционных болезней и их патогенезе основной доклад был представлен И. В. Давыдовским (Москва). Главные положения докладчика сводятся к следующему:

Сущность инфекционных болезней, занимающих первое место среди всех прочих заболеваний и питающих основную смертность населения в СССР, определяется не только, а подчас и не столько, наличием того или иного возбудителя, но и клинико-анатомическим содержанием всего явления, т. е., способом реакции.

Будущее инфекционной патологии в силу этого заключается не столько в обнаружении новых возбудителей, сколько установлении и изучении новых реакций, при тех же, а быть может и сокращенных штатах возбудителей. Под инфекционными болезнями должны подразумеваться не только явно манифестирующие в отношении клинико-анатомических явлений случаи, но и т. наз. „глухая" инфекция, где все дело ограничивается исключительно иммунизаторными (гуморальными) процессами. Понятие иммунитета при инфекционных болезнях должно обхватывать не только реакции иммунитета и инфекции, но и невосприимчивость вообще. К группе основной категории патологических процессов при инфекционных болезнях, находящих себе то или иное морфологическое отражение, относятся гуморальные, нервные, дегенеративно-некробиотические и воспалительные процессы.

В результате же рассмотрения органо-системной патологии и патогенеза инфекционных болезней, автор приходит к выводу, что инфекционные заболевания не составляют изолированной главы в нозологии.

М. А. Скворцов (Москва) касаясь основных пато-морфологических черт острых детских инфекционных болезней в связи с их патогенезмом, в отношении скарлатины, кори, дифтерии и дизентерии резко и рельефно подчеркнул, что патолого-анатомический субстрат этих заболеваний является в основном по существу однородным и что черты, которые определяют специфическую картину каждой из этих инфекций, создаются не столько особенностями действия данного вируса на ткани,

сколько локализацией данного вируса. т.-е. анатомическими свойствами пораженных органов и систем.

Из остальных докладов по этому вопросу следует отметить доклады по скарлатине (Цинзерлинга, Троицкой, Дерман и Кулябко, Крич, Пашина), туберкулезу (Елиашевич, Медведев), туляремии (Движков), патологии нервной системы (Могильницкий, Аммосов).

Проф. Любарш сделал доклад на тему „К учению о клеточной и тканевой метаплязии."

Докладчик определил метаплязию как превращение специфической структуры клетки в специфическую структуру другого рода так же определенно диференцированную и образовавшуюся из однородной ткани. По мнению Любарша при определении метаплязии надо иметь в виду три основных положения: 1) при появлении на месте чуждой ткани, исключить в данном случае расстройство механики развития, 2) установить пределы и границы метаплязии—какие ткани, какие клетки, 3) установить условия при которых возможны процессы метаплязии. В заключение Любарш заявил, что современное состояние данного вопроса мало чем отличается от положений выдвинутых в свое время Вирховым, и в этом вся сила теории Вирхова.

В области краевой патологии кроме вводного доклада проф. И. И. Широкогорова, необходимо отметить доклад проф. Здродовского об эпидемиологии субтропических болезней Азербайджана и сообщения проф. Оганесова и Чикнаверова по малярии.

Проф. Широкогоровым, главным образом, затрагивалась в сообщении проблема малярии. По его данным при вспышках малярии наблюдаются в человеческом организме изменения не характерные для обычного течения малярии. Так малярия вызывает резкий артериосклероз, закупорку артерий стопы, омертвение ткани селезенки, печени, лимфатических желез, разрывы селезенки, кисты в мозгу и пр. Он также выставил положение что малярия помогает организму ликвидировать туберкулез.

Проф. Здродовский в своем докладе нарисовал яркую картину распространения в Азербайджане малярии и глистных заболеваний, а также поделился своими исследованиями в отношении лейшманиоза и мальтийской лихорадки.

Вопросы социальной и профессиональной патологии в порядке проблемы были представлены в докладе д-ра Боголеповой. Докладчик развил ту точку зрения, что надо широко поставить дело диспансеризации и изучение профзаболеваний, что только это в результате создаст основу для профилактических мероприятий, направленных на оздоровление трудящихся и создание здорового поколения. По ее мнению вся современная патология должна стать в этом отношении на путь профессиональной патологии.

Затем перед с'ездом прошел ряд докладов из Бакинского и Ленинградского институтов проф. заболеваний о вредном действии некоторых продуктов нефтяной промышленности на работающих в этих отрослях.

Из отдельных докладов необходимо особо отметить доклады д-ра Генеса о диалектике в медицине, д-ра Вайля о патолого-анатомических изменениях, вызываемых ипритом, д-ра Оленова, проф. Карстенс и Георгиевского о минеральном источнике Исти-Су, проф. Невядомского о возбудителе рака.

Д-р Генес в своем докладе прежде всего подчеркнул, что согласно мнению лучших научных сил Европы и СССР современная медицина переживает тяжкий кризис. Кризис заключается в несоответствии эффективности лечебной помощи тому грандиозному прогрессу, который имеется в инструментальных методах исследования и диагностики. Причина этого кризиса в основном заключается в том, что в среде теоретиков и практиков современной медицины господствует либо механический материализм, либо идеализм в разных формах, либо эклектическая мешанина. Все это особенно проявлялось в догматизованной патологии в подходе к больному как к об'екту, в терапии только отдельных органов, в отрыве теории от практики, эксперимента от клиники и в разного рода идеалистических воззрениях. Кризис в медицине—это кризис методологический. Кризис в медицине можно изжить лишь связавши медицину с философией диалектического материализма.

Прф. М. М. Невядомский в своем докладе указал, что полученная им еще в 1928 г. перевивка рака мыши кровью дает прочное основание для теории живого вируса.

В каждой раковой опухоли, а также и в саркомах имеется определенный паразит грегарина. В грегаринах имеется паразит относящийся, повидимому, к подклассу неоспоридий. Этот паразит грегорины и является истинным возбудителем рака.

При общем же обозрении работ с'езда необходимо со всей категоричностью подчеркнуть крайнюю неудовлетворительность тех форм и условий, в которых у нас проводятся всесоюзные с'езды. Чрезмерное количественное нагромождение докладов, большая повестка, мало удовлетворяющие кого-либо 10-минутные доклады, едва ли должны быть записаны в число удобных и приемлемых форм с'ездовской работы.

А. С. Раевский.

IV. Хроника.

Медицинские вести в общей иностранной прессе.

Радиоактивность сердца.

Кардиофизиолог профессор д-р Цваардемакер, после ряда опытов над изолированным (освобожденным из человеческого организма) сердцем, констатировал, что совершенно остановившееся сердце начинает снова биться, если подвергнуть его облучению радием. Дальнейшие опыты Цваардемакера установили, что в каждом нормальном сердце имеется радиоактивная материя, и что радиоактивность сердца является даже предпосылкой его деятельности и биению.

Возбудителем радиоактивности в сердце человека считается калий, радиоактивные излучения которого изучены уже давно и дали уже повод к обширным физическим опытам. Так, например, недавно было установлено, что радиоактивность земной коры в значительной своей степени должна быть приписана содержанию в ней калия и калиевых лучей, которые вдвое сильнее, чем лучи радия. Калий действует не непосредственно на сердце, но активирует сначала другое передаточное вещество, которое мы и можем рассматривать, как фактический возбудитель радиоактивности сердца.

Цваардемакер называет это вещество «аутоматином», так как оно руководит автоматической, возбудимостью сердца. В изолированном сердце аутоматин постепенно испаряется и сердце поэтому останавливается, т. к. сердечная деятельность связана с его радиоактивностью. Точно также мы можем остановить сердце, выключив из него каким-нибудь путем калий, т. к. тогда в нем будет отсутствовать необходимый аутоматину активирующий излучитель.

Остановленные таким искусственным путем сердца вновь начинают биться, если облучить их каким-нибудь радиоактивным веществом, как, например, полонием или радием, или же если в них будет введена какая-нибудь содержащая аутоматин жидкость, извлеченная из других сердец. Эти экспериментальные результаты восстанавливают выпадавшую до сих пор связь между радиоактивностью сердца, его содержанием калия и передаточного вещества аутоматина.

Успехом увенчались также попытки вскрыть природу этого содержащегося в сердце вещества. Физические и химические особенности аутоматина, как например его растворимость в алкоголе, его нерастворимость в эфире,—в существенной своей части уже общеизвестны. Цваардемакеру же удалось сделать весьма важное открытие—что аутоматин, который играет существенную роль как в нормально бьющемся человеческом сердце, так и в изолированном сердце, которое он может вновь «оживить» *возникает не в самом сердце, но в скелетной мускулатуре*, из которой Цваардемакеру удалось его добыть. Однако, аутоматин начинает действовать только тогда, когда он активируется путем облучения калием или другим каким-нибудь радиоактивным веществом.

Аутоматин Цваардемакера встречается также и в растительном мире—его удалось обнаружить в оболочке рисовых зерен, которые считаются особо богатыми по содержанию витамина Б. Идентичен ли он витамину и в каком соотношении находится аутоматин к недавно найденному профессором Габерландтом сердечному гормону или же к добываемому из печени веществу Цюэлцера (который также, что пока еще является спорным, называется «сердечным гормоном»), какие клинические возможности открывает аутоматин Цваардемакера в области сердца—покажет ближайшее будущее.

«Франкфуртер Цейтунг».

Месячные сведения о движении заразных

Сведения высылаются в Стат. п/отдел НКЗ не позднее 15-го числа первого за отчетным месяца.

В случае отсутствия заболеваний, в соответствующей

Название окружных проч. городов и районов без городов	Тифы: Брюшной	Сыпной	Возвратн.	Персидск.	Неопределен.	Малярия	Паппатачи	Пендинка	Лейшманиоз внутрен. органов	Ришта	Оспа натуральн.	Корь	Скарлатина	Коклюш	Дифтерия	Грипп	Холера азиатск.
Ташкентский округ																	
В окр. городе . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
В проч. город. . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
В кишл. местн. . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Итого . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
В т. ч. в м. лиш. св.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Самаркандский округ																	
В окр. городе . .	11	1	9	2	—	1109	—	23	18	—	11	18	24	26	8	1630	—
В проч. город. . . .	—	—	—	—	—	178	—	29	2	—	2	12	—	1	1	99	—
В кишл. местн. . .	5	1	—	—	7	1513	—	90	—	—	11	100	9	51	11	586	—
Итого . . .	*16*	*2*	*9*	*2*	*7*	*2800*	—	*142*	*20*	—	*24*	*130*	*33*	*81*	*20*	*2315*	—
В т. ч. в м. лиш. св.	—	—	—	—	—	25	—	1	—	—	—	—	—	—	—	*12*	—
Ферганский округ																	
В окр. городе . . .	6	—	3	—	2	619	—	6	7	—	4	60	16	11	9	400	—
В проч. город. . . .	3	—	6	11	—	373	—	12	3	—	15	66	13	20	15	580	—
В кишл. местн. . .	5	—	—	—	2	345	—	56	4	1	2	41	—	16	16	213	—
Итого . . .	*14*	—	*9*	*11*	*4*	*1337*	—	*74*	*14*	*1*	*21*	*167*	*29*	*50*	*40*	*1193*	—
В т. ч. в м. лиш. св.	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	49	—
Андижанский округ																	
В окр. городе . . .	4	—	—	2 3	6	449	—	32	—	—	2	56	—	4	7	346	—
В проч. город. . . .	4	—	—	1	2	293	—	6	—	—	5	30	—	10	12	179	—
В кишл. местн. . .	4	—	—	6	11	881	—	9	—	—	3	35	2	34	13	498	—
Итого . . .	*12*	—	—	*11*	*19*	*1623*	—	*43*	—	—	*10*	*121*	*2*	*48*	*32*	*1023*	—
В т. ч. в м. лиш. св.	—	—	—	—	—	*82*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Бухарский округ																	
В окр. городе . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
В проч. город. . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
В кишл. местн. . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Итого . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
В т. ч. в м. лиш. св.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

заболеваний по УзбССР за март м-ц 1930 года.

В рубрике первой выписываются окружные города, прочие города и кишлачные местности. рубрике ставится минус (—), при отсутствии сведений—плюс (+).

Дизентерия	Чума	Проказа	Остр. полиомиэлит.	Эндемич. энцефалит	Церебеннал. менин.	Род. горяч.	Трахома	Сап	Сиб. язва	Водобоязнь	Столбняк	Туберкулез: Легких	Туберкулез: Костно-суставн.	Туберкулез: Кожи (волчанка)	Туберкулез: Желез	Туберкулез: Проч. орган	Сифилис: Первичный	Сифилис: Вторичный	Сифилис: Мягк. шанкр.	Гонорея	Цынга	Укушен. бешен. животными
+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	+	+
—	—	—	—	—	26	—	261	—	—	—	1	516	19	8	47	53	7	8	3	60	—	—
1	—	—	—	—	—	—	65	—	—	—	—	45	12	—	7	—	7	68	—	11	1	2
15	—	—	—	—	—	1	138	—	—	—	—	359	102	31	173	5	31	184	16	44	16	—
16	—	—	—	—	*26*	*1*	*467*	—	—	—	*1*	*920*	*133*	*42*	*227*	*58*	*45*	*260*	*19*	*115*	*17*	*2*
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	1	2	—	7	1	1	—	—
1	—	—	1	2	13	—	176	—	—	—	—	257	6	12	32	17	2	11	—	109	1	—
2	—	—	—	—	8	—	25	—	1	—	—	130	8	6	16	5	2	20	—	87	3	3
19	—	—	—	—	—	—	55	—	—	—	—	188	21	6	124	19	8	138	—	43	7	9
22		—	*1*	*2*	*21*	—	*256*	—	*1*	—	—	*575*	*35*	*24*	*172*	*41*	*12*	*169*	—	*239*	*11*	*12*
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	12	—	68	—	—	—	—	229	7	15	44	15	1	25	—	82	3	26
6	—	—	1	—	5	—	23	—	—	—	1	120	55	5	132	3	4	307	—	72	—	6
13	—	—	—	—	2	—	41	—	—	—	—	103	29	13	88	31	11	158	7	73	8	1
19	—	—	*1*	—	*19*	—	*132*	—	—	—	*1*	*452*	*91*	*33*	*264*	*52*	*16*	*490*	*7*	*227*	*11*	*33*
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	5	—	—
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Продолжение

Название окружных, проч. городов и районов без городов	Тифы: Брюшной	Сыпной	Возвратный	Персидский	Неопределен.	Малярия	Паппатачи	Пендинка	Лейшманиоз. внутрен. органов.	Ришта	Оспа натуральн.	Корь	Скарлатина	Коклюш	Дифтерия	Грипп	Холера азиатск.
Зеравшанский округ																	
В окр. городе	1	—	—	—	—	148	—	11	—	—	—	16	—	15	3	191	—
В проч. город. . . .	—	—	—	—	—	178	—	31	—	—	2	15	—	1	—	52	—
В кишл. местн. . .	—	—	—	—	1	1056	—	22	—	—	8	16	—	25	2	128	—
Итого . . .	*1*	—	—	—	*1*	*1982*	—	*94*	—	—	*10*	*47*	—	*44*	*5*	*371*	—
В т. ч. в м. лиш. св.	—	—	—	—	—	33	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Хорезмский округ																	
В окр. городе . . .	2	37	—	2	—	25	—	—	—	—	—	5	—	—	1	93	—
В проч. город. . . .	1	2	—	—	1	31	—	—	—	—	—	1	—	—	—	103	—
В кишл. местн. . . .	1	1	—	—	1	48	—	—	—	—	3	4		1	1	135	—
Итого . . .	*4*	*10*	—	*2*	*2*	*104*	—	—	—	—	*3*	*7*	—	*1*	*2*	*331*	—
В т. ч. в м. лиш. св.	—	37	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—
Кашка-Дарьинск. окр.																	
В окр. городе . . .	2	2	—	1	1	11	—	45	—	—	—	39	3	2	—	31	—
В проч. город. . . .	—	—	—	25	5	204	—	14	—	—	—	7	—	4	—	83	—
В кишл. местн. . .	3	—	—	—	4	116	—	44	—	—	5	11	—	12	—	211	—
Итого . . .	*5*	*2*	—	*26*	*10*	*391*	—	*103*	—	—	*5*	*57*	*3*	*18*	—	*325*	—
В т. ч. в м. лиш. св.	1	2	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Сурхан-Дарьин. окр.																	
В окр. городе . . .	—	—	—	—	—	19	—	1	—	—	—	15	2	4	1	61	—
В проч город. . . .	—	—	—	—	—	18	—	—	—	—	—	16	—	—	—	14	—
В кишл. местн. . .	—	—	—	—	—	192	—	—	—	—	—	3	—	—	6	55	—
Итого . . .	—	—	—	—	—	*229*	—	*1*	—	—	—	*34*	*2*	*4*	*7*	*160*	—
В т. ч. в м. лиш. св.	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	43	—
Авт. Казак-Кара-Калп. район.																	
В кишл. местн. . .	—	—	—	—	—	69	—	16	—	—	—	2	—	4	—	12	—
Всего по УзССР .	*52*	*44*	*18*	*47*	*43*	*8535*	—		*34*	*1*	*73*	*563*	*69*	*250*	*106*	*5760*	—
В том числе: В окр. городе .	25	1	12	7	8	2580	—	146	25	—	17	209	45	65	29	2639	—
В том числе: В проч. городах	8	2	6	39	8	1555	—	92	5	—	21	147	13	39	28	1140	—
В том числе: В район. без гор.	18	2	—	1	26	4250	—	237	1	1	32	209	11	146	49	1868	—
В том числе: В мест. лиш. своб.	1	39	—	—	1	150	—	2	—	—	—	—	—	—	—	113	—

Врач-Статистик НКЗ УзССР

Дизентерия	Чума	Проказа	Остр. полиомиэлит	Эпидем. энцефалит	Цереброспин. менин.	Род. горяч.	Трахома	Сап	Сибирская язва	Водобоязнь	Столбняк	Туберкулез: Легких	Туберкулез: Костно-суставн.	Туберкулез: Кожи (волчанка)	Туберкулез: Желез	Туберкулез: Проч. орган.	Сифилис: Первичный	Сифилис: Вторичный	Сифилис: Мягк. шанкр.	Сифилис: Гонорея	Сифилис: Цынга	Укушен. бешен. животными
12	—	—	—	—	9	—	85	—	—	—	—	139	12	—	48	1	3	21	1	39	—	31
—	—	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—	7	2	19	2	—	—	22	—	6	—	—
10	—	—	—	—	2	—	50	—	—	—	1	107	9	5	31	6	3	59	—	30	1	3
22	—	—	—	—	*11*	—	*150*	—	—	—	*1*	*253*	*23*	*24*	*81*	*7*	*6*	*105*	*1*	*75*	*1*	*34*
4	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	27	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
1	—	—	—	—	—	—	70	—	2	—	—	74	—	3	—	2	1	11	—	19	—	5
—	—	—	—	—	—	1	174	—	6	—	—	159	20	6	19	16	1	122	—	27	—	2
1	—	—	—	—	—	—	117	—	6	—	—	91	17	3	25	5	1	231	—	57	3	3
2	—	—	—	—	—	*1*	*361*	—	*14*	—	—	*321*	*37*	*12*	*44*	*23*	*9*	*364*	—	*103*	*3*	*16*
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	6	—	1	—	—	20	3	1	8	—	8	11	—	17	—	—
—	—	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—	27	6	8	7	1	1	50	—	2	—	—
—	—	—	—	—	—	—	82	—	—	—	—	75	12	4	16	—	4	14	—	13	10	—
1	—	—	—	—	—	—	*101*	—	*1*	—	—	*122*	*21*	*13*	*31*	*1*	*13*	*75*	—	*32*	*10*	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	9	—	—	12	—	37	1	—
—	—	—	—	—	—	—	65	—	2	—	—	25	4	—	13	—	8	12	—	1	—	—
1	—	—	—	—	—	—	45	—	1	—	—	16	—	—	4	2	24	5	—	2	34	—
1	—	—	—	—	—	—	*100*	—	*3*	—	—	*42*	*4*	—	*26*	*2*	*32*	*59*	—	*40*	*35*	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	1	—	11	—	—	—	—	25	1	1	4	—	14	58	2	11	—	—
83	—	—	*2*	*2*	*78*	*2*	*1588*	—	*19*	—	*3*	*2713*	*345*	*149*	*849*	*184*	*147*	*1580*	*29*	*842*	*88*	*91*
11	—	—	1	2	60	—	667	—	3	—	1	1195	47	39	187	86	21	89	3	355	5	62
9	—	—	1	—	13	1	380	—	9	—	1	513	107	44	196	25	25	631	—	206	1	13
59	—	—	—	—	5	1	539	—	7	—	1	964	191	66	465	71	99	847	25	273	79	16
1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	41	—	—	1	2	2	13	1	8	—	—

Гусев

Месячные сведения о движении заразных заболева

Сведения высылаются в Стат. ц/отд. НКЗ не позднее 15-го числа первого за отчет
ные местности. В случае отсутствия заболеваний, в соответствующей

Название окружных, проч. городов и районов без городов	Тифы: Брюшной	Сыпной	Возвратный	Пересидский	Неопредел.	Малярия	Паппатачи	Пендинка	Лейшманиоз внутр. органов	Рицца	Оспа натуральн.	Корь	Скарлатина	Коклюш	Дифтерия	Грипп	Холера азиатск.
Ташкентский округ																	
Окр. города	79	3	1	1	30	153	—	46	7	—	1	153	75	63	46	2363	—
Прочие города	11	—	—	—	—	203	—	—	—	—	—	26	3	6	1	196	—
Кишлачн. местн.	17	1	—	—	3	1064	—	3	—	—	13	55	5	46	11	913	—
Итого	*107*	*4*	*1*	*1*	*33*	*1720*	—	*49*	*7*	—	*14*	*234*	*83*	*115*	*58*	*3472*	—
В т. ч. в м. лиш. св.	—	—	—	—	—	48	—	—	—	—	—	—	—	—	—	60	—
Самаркандский округ																	
Окр. города	20	1	4	—	3	709	—	11	2	—	36	115	23	32	16	1259	—
Прочие города	—	—	—	—	—	61	—	12	—	—	1	13	—	1	—	151	—
Кишлачн. местн.	2	—	—	—	4	135	—	6	—	—	1	50	9	36	13	422	—
Итого	*22*	*1*	*4*	—	*7*	*1505*	—	*29*	*2*	—	*38*	*178*	*32*	*69*	*29*	*1832*	—
В т. ч. в м. лиш. св.	—	—	—	—		77	—	1	—	—	—	—	—	—	—	54	—
Ферганский округ																	
Окр. города	2	—	—	—	2	472	—	5	10	—	9	78	5	13	3	286	—
Прочие города	4	1	3	5	4	220	—	1	—	—	31	116	7	16	6	434	—
Кишлачн. местн.	3	—	—	—	—	133	—	63	17	—	10	13	2	9	8	160	—
Итого	*9*	*1*	*3*	*5*	*6*	*825*	—	*69*	*27*	—	*50*	*207*	*14*	*38*	*17*	*880*	—
В т. ч. в м. лиш. св.	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	39	—
Андижанский округ																	
Окр. города	7	—	—	1	—	258	—	9	—	—	—	24	7	8	8	311	—
Прочие города	3	—	—	—	2	133	—	1	—	—	6	57	8	1	20	178	—
Кишлачн. местн.	6	—	1	—	—	590	—	22	—	3	7	32	2	24	1	543	—
Итого	*16*	—	*1*	*1*	*2*	*981*	—	*32*	—	*3*	*13*	*113*	*17*	*33*	*29*	*1032*	—
В т. ч. в м. лиш. св.	—	—	—	—	—	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Бухарский округ																	
Окр. города	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	+	+	+	+	+	+
Прочие города	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Кишлачн. местн.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Итого	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
В т. ч. в м. лиш. св.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

ний по УзССР за январь месяц 1930 года.

ным м-цу. В рубрике первой выписываются окружные города, прочие города и кишлач-
рубрике ставится минус (—), при отсутствии сведений—плюс (+).

Дизентерия	Чума	Проказа	Остр. полиомиелит	Эпидем. энцефалит.	Цереброспин. менин.	Род. горячка	Трахома	Сап	Сиб. язва	Водобоязнь	Столбняк	Туберкулез: Легких	Костно-суставн.	Кожи (волчанка)	Железа	Проч. орган.	Сифилис: Первичный	Вторичный	Мягкий шанкр	Гонорея	Цинга	Укушен. бешен. животными
15	—	1	3	6	45	2	180	—	1	—	—	751	70	7	155	10	1	101	7	126	—	95
1	—	—	—	—	2	—	21	—	—	—	—	51	3	2	46	—	2	15	—	51	—	—
17	—	—	—	—	3	2	57	—	—	—	—	206	16	3	29	4	4	64	4	59	16	5
33	—	*1*	*3*	*6*	*50*	*4*	*258*	—	*1*	—	—	*1011*	*89*	*12*	*230*	*14*	*16*	*180*	*11*	*536*	*16*	*100*
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—	—	5	—	12	—	—
4	—	—	—	—	5	—	121	—	1	—	—	149	42	2	62	19	5	11	4	21	—	—
—	—	—	—	—	—	—	42	—	—	—	—	62	3	—	6	3	2	32	—	12	—	—
3	—	—	—	—	—	—	96	—	1	—	—	182	32	16	100	1	7	182	4	24	—	1
7	—	—	—	—	*5*	—	*259*	—	*2*	—	—	*693*	*77*	*18*	*168*	*26*	*19*	*228*	*8*	*60*	—	*1*
—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	9	4	—	1	6	—	5	—	6	—	—
2	—	—	—	—	5	—	94	—	—	—	—	119	6	3	19	1	—	23	—	86	1	—
28	—	—	1	1	2	—	46	—	—	—	—	84	12	5	2	6	8	23	—	99	2	3
	—	—	—	—	—	—	32	—	—	—	—	65	11	6	88	2	14	31	1	17	6	—
32	—	—	*1*	*1*	*7*	—	*172*	—	—	—	—	*298*	*32*	*14*	*109*	*9*	*22*	*77*	*1*	*202*	*9*	*3*
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
—	—	—	—	—	3	—	37	—	—	—	—	65	2	2	8	4	5	38	1	96	3	39
17	—	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—	79	15	3	12	13	13	41	29	54	—	1
54	—	—	—	—	1	2	75	—	—	—	—	87	47	5	61	32	11	141	6	82	3	4
71	—	—	—	—	*4*	*2*	*128*	—	—	—	—	*231*	*64*	*10*	*81*	*49*	*29*	*223*	*36*	*232*	*6*	*44*
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	8	—	—
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Продолжение

Название окружных, проч. городов и районов без городов	Тифы					Малярия	Папатачи	Пендинка	Лейшманиоз внутр. орган.	Ришта	Оспа натуральн.	Корь	Скарлатина	Коклюш	Дифтерия	Грипп	Холера азиатск.
	Брюшной	Сыпной	Возвратный	Персидский	Неопредел.												
Зеравшанский округ																	
Окр. города	5	—	—	—	—	271	—	25	—	—	1	18	12	3	2	135	—
Прочие города	—	—	—	—	—	60	—	—	—	—	3	1	—	3	1	53	—
Кишлачн. местн.	1	—	—	—	—	415	—	13	1	—	15	17	—	11	1	133	—
Итого	*6*	—	—	—	—	*746*	—	*38*	*1*	—	*19*	*36*	*12*	*17*	*4*	*321*	—
В т. ч. в м. лиш. св.	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—
Хорезмский округ																	
Окр. города	—	—	—	2	—	28	—	—	—	—	3	11	—	—	1	91	—
Прочие города	1	2	—	—	—	8	—	—	—	—	3	3	—	1	—	69	—
Кишлачн. местн.	1	—	—	—	—	17	—	—	1	—	18	1	—	2	—	95	—
Итого	*2*	*2*	—	*2*	—	*53*	—	—	*1*	—	*24*	*15*	—	*3*	*1*	*255*	—
В т. ч. в м. лиш. св.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—
Кашка-Дарьин. округ																	
Окр. города	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Прочие города	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Кишлачн. местн.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Итого	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
В т. ч. в м. лиш. св.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Сурхан-Дарьин. округ																	
Окр. города	—	—	—	—	—	28	—	1	—	—	2	20	—	1	1	11	—
Прочие города	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—	—	2	—	—	—	28	—
Кишлачн. местн.	—	—	—	—	—	112	—	2	—	—	—	3	—	—	—	30	—
Итого	—	—	—	—	—	*160*	—	*3*	—	—	*2*	*25*	—	*1*	*1*	*72*	—
В т. ч. в м. лиш. св.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Автономн. Казак-Кара-Калпакск. район																	
Кишлачные местности	—	—	—	—	—	47	—	15	—	—	—	1	—	4	1	58	—
Всего по УзССР	*162*	*8*	*18*	*8*	*48*	*6037*	—	*235*	*38*	*3*	*160*	*809*	*158*	*280*	*140*	*7922*	—
В том числе: Окр. города	113	4	5	3	35	2039	—	95	19	—	52	419	122	120	77	1293	—
Прочие города	19	3	3	5	6	699	—	14	—	—	44	218	18	28	28	1109	—
Кишлачн. местн.	30	1	1	—	7	3113	—	124	19	3	64	172	18	132	35	2354	—
В м. лиш. своб.	—	—	—	—	—	186	—	2	—	—	—	—	—	—	—	166	—

Дизентерия	Чума	Проказа	Остр. полиомиелит	Эпидем. энцефалит	Цереброспинал. менин.	Род. горяч.	Трахома	Сап	Сиб. язва	Водобоязнь	Столбняк	Туберкулез: Легких	Костно-сустав.	Кожи (волчанка)	Желез	Проч. органов	Сифилис: Первичный	Вторичный	Мягкий шанкр	Гонорея	Цынга	Укушен. бешен. животными
—	—	—	—	—	4	—	51	—	—	—	—	110	6	—	24	2	—	26	—	31	—	20
—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	5	—	1	4	8	4	10	—	2	—	2
3	—	—	—	—	—	—	24	—	—	—	—	51	7	6	20	—	1	25	1	9	—	—
3	—	—	—	—	*4*	—	*76*	—	—	—	—	*165*	*13*	*7*	*48*	*10*	*5*	*61*	*1*	*42*	—	*22*
5	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	11	—	—	—	—	—	2	—	3	—	—
—	—	—	—	1	—	—	8	—	—	—	—	31	—	—	—	—	2	11	—	14	—	2
2	—	—	—	—	—	1	86	—	2	—	—	72	4	1	5	*4*	1	43	1	11	—	—
1	—	—	—	—	—	—	63	—	1	—	—	24	7	1	11	*3*	14	168	3	58	1	—
3	—	—	—	*1*	—	*1*	*157*	—	*3*	—	—	*127*	11	*2*	*16*	*7*	*17*	*222*	*4*	*83*	*1*	*2*
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—	39	—	—	*3*	1	—	12	—	46	—	—
—	—	—	—	—	—	—	36	—	1	—	—	7	3	1	—	1	5	42	1	1	—	—
—	—	—	—	—	—	—	45	—	—	—	—	7	3	11	1	1	8	23	—	1	1	—
—	—	—	—	—	—	—	*97*	—	*1*	—	—	*5*	*10*	*12*	*4*	*3*	*13*	*77*	*1*	*51*	*1*	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	20	—	—	3	—	2	22	—	6	—	—
149	—	*1*	*4*	*9*	*70*	*7*	*1154*	—	*7*	—	—	*2599*	*269*	*75*	*659*	*118*	*123*	*1090*	*62*	*1212*	*32*	*172*
16	—	1	3	6	62	2	503	—	2	—	—	1549	122	14	270	29	26	211	12	692	4	156
22	—	—	1	2	4	1	248	—	3	—	—	363	42	13	75	29	37	205	31	231	2	6
106	—	—	—	—	4	4	399	—	2	—	—	642	128	48	313	54	60	659	19	256	26	10
5	—	—	—	1	—	—	4	—	—	—	—	45	4	—	1	6	—	15	—	33	—	—

Медицинские вести в общей иностранной прессе.

(Продолжение).

Ультра-короткие волны проф. Эзау.

По сообщению эрфуртских газет проф. Эзау удалось послать ультра-короткие волны без антенны на расстояние в 400 кил.

Профессор Эзау давно уже работает над получением ультра-коротких волн, под которыми обычно понимаются волны короче 10 метров. Эзау же удалось получить волны всего в несколько дециметров длиною, при чем он не нуждается в особой антенне, а пользуется обычными установками.

Эрфуртские газеты отмечают, что эти волны могут быть использованы также и для медицинских целей. Так, например, ультра-короткие волны длиною в три метра прекрасно прогревают внутренние органы человека. Процедуры такие же, как и при обычной диатермии, но результат значительно сильнее и носит другой характер. Жировой слой, кости прогревается значительно меньше, чем при диатермических манипуляциях, но мозг, мускулы и печень прогреваются по крайней мере в три раза сильнее. Действие ультра-коротких волн на кожу то же самое, что и при диатермии.

Если подвергнуть действию ультра-коротких (трех-метровых) волн крыс или мышей, то через тридцать—сорок секунд наступает смерть. Мухи умирают почти мгновенно. Окоченение наступает моментально.

Физиологическое действие ультра-коротких волн нуждается еще в дальнейшем раз'яснении, над которым сейчас работает профессор Эзау.

«Нейе Фрейе Прессе».

Письмо в редакцию.

С целью сделать наиболее полным вчерне приготовленный мною библиографический указатель работ по медицинской гельминтологии на русском языке (сюда же вошли работы на украинском и белорусском), просьба ко всем авторам статей заметок прислать указания о своих работах с желательной пометкой: 1) наименование статьи, 2) год и номер журнала, где была помещена работа, 3) кто дал отзыв и рецензии о работе с пометкой года и номера журнала, 4) год и номер журнала или трудов, если работа была вторично напечатена или докладывалась на с'езде. Указать—предназначается для натуралистов, врачей вообще и хирургов (эхинококк) в частности. Выход первой части указателя предполагается в ближайшее время. Тираж 300 экз. Просьба указать четко свой адрес (город), чтобы дать возможность авторам работ письменно сноситься по возникающим вопросам при чтении работ.

Лошнов. Ст. Клекотки М.-Курск. ж. д.

P. S. Просьба ко всем медицинским журналам перепечатать.

V. Резюме и аутореферат на иностранных языках.

Die wiederhestellenden Operationen an Gallwegen.

D-r I. I. Orlow.

Verfasser zählt die Anomaliefälle der Gallwegen auf. Auf litterarischen Materialien fussend analisiert Verfasser alle gebrauchte wiederherstellende Operationsmethoden. Er führt auch die Operationstechnik und die Resultate an. Ueber die Besonderheiten der Operationen, die mit der Behandlung sich nicht heilenden Gallenfisteln verbunden sind, wird speziell gesprochen.

Nachdem wird eigenes Material angeführt—drei Kranken, an denen Verfasser vier wiederherstellende Operationen gemacht hat.

Es war im ersten Falle eine Kranke 41 J. alt; sie hatte nach einer Cholecystektomie eine volle Gallenfistel. Bei der zweiten Operation wurde festgestellt, das der Gallen-und Lebergang eine Art Doppelflinte gebildet haben. Die Gänge wurden voneinander geteilt und ledrain perdu wurde in sie eingeführt. Die Heilung folgte bald, die Fistel verschliess sich, aber diese Heilung war relativ, weil die Kranke von Zeit zu Zeit Gallensucht bekam, Schmerz fühlte; auch steigte die Temperatur. Die Kranke war über sex Monate nach der Operation von Sepsis, durch Angiocolitis verursacht, gestorben. Noch über drei Monate nach der Operation konnte man das Rohr bei der Röntgenoskopie sehen.

In zweitem Falle hatte Verfasser mit einer Kranke, die 31 Jahr alt war, zu tun, bei der eine starke Anomalie der Gallengänge gefunden war. Der Gallenblasengang war abwesend, der Lebergang fliesste in die mit Steinen gefüllte Gallenblase ein; der Gallengang fliesste aus der Blase unmittelbar aus.

Während der Operation wurde der Lebergang verwundet. Die Blase wurde entfernt. Es hat sich ein Gangdefekt gebildet, von nicht minder, als 5 cm., lang. Die Gänge wurden durch Kehrdrenage verbindet. Der Stuhl war gefärbt, aber nach 13 Tagen fiel die Drenage aus; es blieb eine sich nicht heilende Gallenfistel.

Es wurde eine neue Operation gemacht, nämlich eine hepatico-duodenostomia, nach der Methode von Wenglowsky. Am dreizehnten Tage zeigte sich auf dem Bande ein wenig Galle; am folgenden Tage aber war sie nicht mehr zu sehen. Der Stuhl war immer gut gefärbt. Nach drei Wochen konnte das Rohr schon nicht durch Röntgenoskopie entdeckt werden. Die Kranke war über 2 Monate nach der Operation entlassen mit geheilter Wunde und gutem Allgemeingefühle.

An dem dritten Kranken wurde wegen einer stenosierenden Angiocolitis mit recidivierender Gelbsucht eine choledocho-duodenostomia mit gutem Erfolge durchgeführt.

Verfasser führt noch die Statistik der hepaticoduodenostomia an; in der russischen Literatur finden sich solche Fälle nicht.

Verfasser zieht den Schluss, dass in Fällen, wo man die Galle in dem Darmkanal nicht so ableiten kann, dass es der Norm ähnlich wäre, sind die hepatico—oder choledohoduodenostomia Wahloperationen. Leider führen auch diese Operationen nicht immer zum glücklichen Ende.

To the knowledge of the helminth fauna of the Balkhashdistrict.

N. W Badanin.

(Summary)

The author, according to the material of the 53th U. N. gives a systematic nomenclature of the parasitic norms which he has found in the wild boar of Central Asia. There are stated nine species ot helminthes in all. The work gives a detailed description of 9 nathostama hispidum according to the material of the author.

Ueber Epidemiologie und Prophylaktik des Scharlachs. 1. Scharlachimopfungen in Taschkent (1928-29).

D-r Georgiewsky und d-r Semljanowa.

Jn den Jahren 1928 und 1929 wurden an Kindern Antischarlachimpfungen mit kombinierter Vaccine und hämolitischen Streptococcustoxin (1 : 3070) durchgeführt. Die Impfungenreaktion war gering und ohne jeder Komplikation.

Mitten unter den vaccienierten Kindern wurden krank viel wenige, als mitten unter der unvaccinierten (um 7 mal). Die Sterblichkeit der ersten war um 4 mal kleiner.

In vier Jahren waren in Taschkent 18580 Kinder geimpft, d. h., 27% der ganzen Kinderbevölkerung der früheren Neustadt (europäische Kinder). Die Kinder der Eingeborenen wurden nicht geimpft.

Zum Studium der professionellen Syphilis der Ammen.

D-r A. M. Listengarten und A. S. Filatow.

Verfasser führen 5 Fälle der professionellen Syphilisansteckung der Ammen an. In allen diesen Fällen waren bei den stillenden Müttern harte Schanker auf Brustwarzen oder um den letzteren zum Vorschein gekommen.

In drei Fällen kamen die Ansteckungen nacheinander in demselben Kinderhause; die letzten zwei können wir teilweise der lebensartigen Beimpfung durch Stillen zuschreiben.

In den Kinds—und Mutterhäusern von Taschkent waren bis zu 1-X—29 alle Kinder unmittelbar gestillt; nur von 1-X—29 an wurden in jedem Hause Abgiessenspunkte organisiert und die Milch wurde von ankommenden controlirten Müttern abgezapft. Ausserdem hat man eine kleine Zahl von Ammen, die in Häusern wohnen.

Alle Kinder und Ammen sind durch das Dispenceur für wenerische und Hautkrankheiten beobachtet. Es ist eine besondere Abteilung für syphilitisch erkannten Kindern organisiert, wo sie mit abgezapfter Milch ernährt werden.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1930/31 ГОД

(с октября 1930 г. по январь 1932 г.)

НА ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛ

МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ

УЗБЕКИСТАНА и ТУРКМЕНИСТАНА

(об'единившийся со Средне-Азиатским Медицинским журналом).

ГОД ИЗДАНИЯ 5 (IX—X).

Журнал субтропической, лечебной и профилактической медицины.

ЖУРНАЛ СТАВИТ СВОЕЙ ЗАДАЧЕЙ: 1) Научное изучение болезней, свойственных субтропическим странам, в частности Узбекской и Туркменской республикам и всей Средней Азии. 2) Изучение вопросов теоретической и практической медицины как лечебной, так и профилактической. 3) Ознакомление широкой массы врачей с новейшими достижениями медицинской науки. 4) Изучение быта, расовых и конституциональных особенностей и местных заболеваний коренного населения Узбекистана, Туркменистана и всей Ср. Азии.

Выходит ежемесячно книжками около 6 печатных листов и монографиями в виде отдельных приложений.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ: Наркомздрав УзССР д-р *Л. Т. Приданников*, Наркомздрав ТССР д-р *В. И. Вехцекосцев*, проф. *А. Д. Греков*, проф. *А. Н. Крюков*, проф. *П. П. Ситковский* и проф. *М. И. Слоним*.

РЕДАКТОРАМИ ОТДЕЛОВ СОСТОЯТ: проф. *Л. Ф. Боровский*, проф. *Ф. И. Валькер* (Ленинград), проф. *В. В. Васильевский*, д-р *С. В. Висковский* (Ленинград), д-р *Д. Н. Данилов*, д-р *Л. М. Исаев* (Самарканд), д-р *И. С. Казакович*, проф. *И. И. Маркелов*, проф. *И. С. Мильман*, доц. *С. А. Молчанов*, проф. *А. Н. Мурзин*, врач *Г. А. Оболдуев*, проф. *Н. К. Осиновский*, доц. *Л. В. Ошанин*, проф. *Е. Н. Павловский* (Ленинград), проф. *Н. С. Перешивкин*, проф. *Д. Д. Плетнев* (Москва), проф. *Н. Н. Рагоза*, проф. *В. И. Руднев* (Баку), доц. *Л. Ф. Самсонов*, проф. *С. М. Субботин*, проф. *Ф. Н. Табилдаров*, д-р *Н. И. Ходукин*, проф. *С. Э. Циммерман* и проф. *Е. М. Шляхтин*.

Секретарь редакции: д-р *Г. М. Семенов*.

Издание Наркомздрава Узбекистана, Наркомздрава Туркменистана и Ср.-Азиатского Научного Медицинского Общества при САГУ.

ПОДПИСНАЯ ПЛАТА	ЦЕНА ОТДЕЛЬНОГО НОМЕРА
на 1930-1931 год (с октября 1930 по январь 1932 г.)—9 руб. На 12 мес.—7 р., на 6 мес.—4 р.	1 руб.

Высылается по требованию наложенным платежом.

АДРЕС РЕДАКЦИИ: Ташкент, ул. Кафанова, 81, Узбекский Санитарно-Бактериологический Институт.

Направляемые в редакцию рукописи должны быть написаны на пишущей машинке и на одной стороне листа. Об'ем статей не должен превышать 8 печатных страниц. Статьи, принятые для печатания, могут быть сокращены по усмотрению редакции. Обязательны аутореферат на одном из европейских иностранных языков, в крайнем случае на русском. Чертежи и рисунки должны быть в минимальном количестве. Авторы напечатанных статей получают 25 экз. отдельных оттисков. Ненапечатанные рукописи хранятся 6 месяцев. По всем вопросам надлежит обращаться в редакцию по вышеуказанному адресу.

Типо-лит. «Пр. Востока»—30 г. з. № 1453

Уздит 2726 Тир. 1000

UNIVERSITY OF ILLINOIS-URBANA
3 0112 121583659

1930/31 г. № 1.
Октябрь—1930 г.

МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ УЗБЕКИСТАНА и ТУРКМЕНИСТАНА

Адрес редакции: Ташкент, ул. Кафанова, № 81. Узбекский Санитарно-Бактериологический Институт имени X-летия Советской Медицины.

СОДЕРЖАНИЕ

I. САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ СТАТЬИ.

Стр.

Орлов И. И.—Восстановительные операции на желчных путях 1
Невядомский М. М.—О производящей причине рака. 18
Шипилин С. П.—Физиотерапия бронхиальной астмы 22
Волков С. П. и Ципес А. Г.—К материалу о лечении эпилепсии 29
Наряжный А. В.—Случай прободения уретро-вагинальной перегородки инородным телом мочевого пузыря 31
Байдиков И.—К оценке метеорологических факторов солнцелечения в г. Ташкенте. 37
Баданин Н. В.—К познанию гельминтофауны дикого кабана Прибалхашского района 49
Латышев Н. И. и Троицкий Н. В.—Опыт применения хлорпикрина для борьбы с Ornithodorus papillipes, переносчиком клещевого возвратного тифа 55
Георгиевский А. В. и Землянова М. Т.—К вопросу об эпидемиологии и профилактике скарлатины. I. Противоскарлатинозные прививки в Ташкенте в 1928 и 1929 году 59
Мурзин А. Н.—Итоги переписи слепых в б. ст. гор. Ташкенте 66
Листенгартен А. М. и Филатов А. С.—К изучению профессионального сифилиса кормилиц. 75
Финкель М.—К вопросу о консультациях для беременных 82

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ.

Токарь П. Н.—Случай камня в левой подчелюстной железе 88
Троицкий Н. В.—К казуистике экспериментального клещевого возвратного тифа 92
Авербух Е. С.—К этиологии и патогенезу болезни Recklinghausen'a 96

II. РЕФЕРАТЫ И РЕЦЕНЗИИ 98
III. НАУЧНЫЕ ОБЩЕСТВА и СЪЕЗДЫ 100
IV. ХРОНИКА 103
V. РЕЗЮМЕ И АУТОРЕФЕРАТЫ НА ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКАХ 113